

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 139

COMBINAISON
DE LA CÉSARIENNE
ET DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
DANS LES CANCERS ET FIBROMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul DÉVE

Né le 27 Août 1879, à Bucey-les-Gy (Haute-Saône)



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 139

COMBINAISON
DE LA CÉSARIENNE
ET DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
DANS LES CANCERS ET FIBROMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 Mars 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul DÈVE

Né le 27 Août 1879, à Bucey-les-Gy (Haute-Saône)



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1904



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOUJAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	X.
Clinique ophtalmologique	GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLÉTON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WILLI.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUA, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALIAS.			

M. CECCALDI, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, *Président*; POLLOSSON (A.), *Assesseur* ;

MM. DURAND et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible hommage de ma reconnaissance et
de mon éternelle affection.*

A MON ONCLE, A MA TANTE

*Ma seconde famille. Qu'ils soient assurés
du caractère d'immuable viracité de mes
sentiments.*

A MON COUSIN, AUGUSTE DÈVE

A MES PARENTS

A MES AMIS

*Vous tous qui avez été de cœur avec moi,
à la peine comme au plaisir, recevez le
témoignage de mon inaltérable affection.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOULIER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon,

A MONSIEUR LE DOCTEUR COMMANDEUR

Accoucheur de la Maternité de la Charité de Lyon.

A MES MAÎTRES

de la Faculté de Lyon.

INTRODUCTION

Vouloir reprendre la question de l'hystérectomie totale après le nombre et la qualité des ouvrages qu'elle a suscités, serait d'une folle prétention et n'aurait pour conséquence que d'exposer infailliblement à de bien pâles redites. Nous n'avons pas en vue de faire une étude détaillée et approfondie des différentes opérations que l'on a pu préconiser dans le traitement des cancers et fibromes de l'utérus. Les thèses de Turner (Paris 1900), de Lucas (Paris 1900), de Drouhart (Nancy 1900), de Gailly (Lyon 1900) et de Gross (Paris 1902) sont suffisamment explicites à ce point de vue pour nous empêcher d'y revenir.

Mais ce qui nous a frappé, c'est que l'on a surtout étudié le côté gynécologique de la question. Ces différents ouvrages ont pour but le traitement du cancer et du fibrome de l'utérus coïncidant avec le début d'une grossesse et avant la viabilité du fœtus. Ils n'ont pas envisagé le cas, où l'accouchement spontané étant rendu impossible par l'infiltration fibromateuse ou cancéreuse, l'accoucheur est obligé d'intervenir rapidement par la voie abdominale pour sauvegarder la vie de l'enfant.

Nous limiterons donc notre travail à l'étude de

l'hystérectomie abdominale totale compliquant une césarienne dans un certain nombre de cas qui lui sont propres, où cette opération étant la plus pratique, présente le moins de chances d'infection pour l'accouchée et s'attaque le plus utilement possible à la dégénérescence utérine.

C'est à M. le D^r Commandeur que revient l'idée première de ce travail et c'est sur ses précieuses indications que nous nous sommes guidé pour l'entreprendre. Nous saisissons cette occasion pour rendre hommage à sa vaste érudition sans cesse mise à notre disposition et pour le remercier de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et de l'intérêt qu'il nous a porté.

Que M. le professeur Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon, qui veut bien nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Que M. le professeur agrégé Durand veuille bien lui aussi recevoir l'expression de notre gratitude pour l'obligeance et l'amabilité avec lesquelles il a bien voulu, en l'absence de M. le D^r Commandeur, corriger notre travail.

Nous tenons enfin à remercier sincèrement M. le professeur Richelot, M. le professeur Vautrin et M. le professeur Delanglade, qui ont eu l'amabilité de nous communiquer quelques observations personnelles relatives à ce travail et dont nous avons mis, en maintes circonstances, la haute compétence à contribution.

DIVISION DE CETTE ÉTUDE

Cette étude comprendra cinq chapitres :

Chapitre I. — *Historique* : L'hystérectomie abdominale totale en obstétrique.

Chapitre II. — Etude de l'hystérectomie abdominale totale suivant une césarienne dans les cancers de l'utérus.

Chapitre III. — Etude de l'hystérectomie abdominale totale suivant une césarienne dans les fibromes de l'utérus.

Chapitre IV. — *1^{re} Division* : Parallèle avec les autres opérations possibles dans les cas de cancer de l'utérus.

2^{me} Division : Parallèle avec les opérations que l'on peut faire pour les fibromes de l'utérus.

Chapitre V. — Conclusions.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

COMBINAISON
DE LA CÉSARIENNE
ET DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
DANS LES CANCERS ET FIBROMES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'hystérectomie abdominale totale est connue depuis le ^{xvii}^e siècle. De nombreux auteurs en ont donné des descriptions très détaillées et, si les procédés d'intervention ont changé bien souvent, l'hystérectomie totale est toujours restée le procédé de choix pour les dégénérescences cancéreuses ou fibromateuses qui ont envahi la totalité de l'utérus. Pendant bien longtemps cette opération resta dans le domaine de la gynécologie. Les chirurgiens opéraient en effet, avant la viabilité du fœtus, et nombre d'auteurs conseillent encore dans les cas de cancers et fibromes de l'utérus d'interrompre cette grossesse. Il vaut mieux, disent-ils, détruire un fœtus dont la vie est d'ailleurs très problématique, par suite de cet état de l'utérus, que de laisser évoluer une grossesse qui aggravera la situation déjà mauvaise de la parturiente et nécessitera probablement des opérations sanglantes à une époque où la femme est dans de

mauvaises conditions physiologiques. C'est pourquoi, M. Pinard pouvait dire en 1898 au Congrès d'Amsterdam : « Nous ne pouvons pas, à l'heure actuelle, juger de la valeur de la laparo-hystérotomie suivie d'une hystérectomie abdominale totale, car les cas où cette opération a été pratiquée ne sont pas assez nombreux pour émettre une opinion en connaissance de cause. »

Jusqu'à cette époque, il est vrai, l'hystérectomie totale après césarienne ne donnait pas des résultats suffisamment satisfaisants pour que l'on puisse étudier cette question.

La première date du 27 octobre 1879 : elle est due à M. Schroëder de Strasbourg et se termine par la mort de la mère et de l'enfant.

C'est donc à tort que cette opération porte quelquefois le nom d'opération de Bischoff, car ce chirurgien ne fit cette extirpation totale que le 27 décembre de la même année, au huitième mois de la grossesse, sur une femme atteinte de cancer du col de l'utérus avec hémorragies graves. A l'heure actuelle, elle est appelée opération de Freund. C'est M. Freund en effet qui fixa le manuel opératoire tel qu'il a été employé pendant longtemps, procédé consistant à jeter d'abord une ligature en chaîne sur toute la hauteur du ligament large, tandis que l'on place des pinces hémostatiques sur la moitié inférieure de ce ligament. L'opération de Freund date de 1885 ; elle est rapportée dans le *Zeitsech für Geburts uber Gynecologie*. En 1888, c'est M. Martin, de Berlin, et M. Bristcher, de Breslau, qui font paraître des relations d'hystérectomies abdominales totales plus ou moins

malencontreuses. Le 13 mai 1888, M. le professeur Fochier, de Lyon, décrit dans le *Lyon médical* la technique qu'il a suivie pour une extirpation totale de l'utérus par voie abdominale, opération qui, d'ailleurs, ne fut pas plus heureuse que les précédentes, car, le fœtus étant mort, l'utérus infecté, la parturiente succomba à une péritonite purulente. Nous ne citerons que pour mémoire, en 1892, les observations de M. Frisch Moeller (*Centralblatt Gynecologie*) et de M. Von Ott, de Saint-Petersbourg, cette dernière rapportée par la doctoresse Dokuschenskaya.

On voit que, jusqu'en 1896, les observations d'hystérectomie abdominale totale, suivant une césarienne, sont éparses dans la littérature médicale et ne donnent lieu, de la part de leurs auteurs, qu'à quelques commentaires sur leur manière de procéder. Mais, en 1896 et 1897, quatre nouvelles observations viennent jeter un jour tout nouveau sur le procédé que nous étudions et effacer, par leurs résultats surprenants, la mauvaise impression que pouvaient laisser, dans les esprits, les statistiques si fâcheuses du début. Dès lors, l'hystérectomie totale entre définitivement dans le domaine de l'obstétrique.

En 1896, M. Guermonprez, de Lille, relate, dans un article intitulé « Documents sur l'hystérectomie totale », l'opération qu'il fit sur une femme en travail, chez laquelle on avait fait le diagnostic de grossesse évoluant avec un fibrome volumineux. Il sauve la mère et l'enfant.

En 1897, M. Mouchet, de Sens, lit à l'Académie de médecine une observation d'hystérectomie totale pour

une dystocie causée à terme par un volumineux fibrome, observation qui donna lieu à un rapport du professeur Pinard. Puis M. Riepi, de Venise, en fait paraître une dans la *Rivista di scienze medicale*.

Enfin, en 1897, et pour la première fois, MM. Varnier et Delbet font suivre la relation d'une hystérectomie totale faite avec succès, d'un mémoire bien détaillé des opérations qui ont été faites avant eux et du procédé qu'ils ont employé. L'hystérectomie abdominale totale suivant une césarienne entre alors dans une nouvelle phase. On étudie la question, on l'approfondit, on la discute, et de ces discussions prirent naissance des procédés plus savants peut-être, mais qui tendent à rendre l'extirpation totale de l'utérus moins dangereuse. Tous les accoucheurs la connaissent et la regardent, sinon comme une opération courante, du moins comme une opération utile dont le cadre tend de plus en plus à s'élargir. Aussi, voit-on les observations se multiplier.

En 1898, 3 opérations sont faites à terme : 2 par M. le Dr Gutteriez, professeur de Gynécologie à l'Université de Madrid, l'autre par M. Boldt, de New-York.

En 1899, 2 observations nouvelles de MM. Vautrin et Schuhl, de Nancy, et de M. Delassus, de Lille.

En 1901, 2 observations : l'une de M. Delanglade, de Marseille, rapportée dans les *Annales de Gynécologie*, 1901 ; l'autre de M. Legueu, de Paris, donne lieu à une grande discussion à la Société d'obstétrique, entre MM. Pozzi, Labadie-Lagrave, Legueu et Pinard, au sujet du moment de l'intervention. Enfin, en 1903, dans le *Lyon médical* du

13 septembre 1903. M. le professeur Fochier et M. Commandeur relatent l'observation d'une femme atteinte d'un cancer du col utérin, et enceinte de huit mois, pour laquelle ils se décidèrent à faire suivre la césarienne de l'hystérectomie abdominale totale, opération qui, d'ailleurs, eut pour résultat la guérison de la mère et la vie de l'enfant.

Ce fut à la suite de cette communication à la Société de Chirurgie de Lyon que M. le Dr Commandeur me donna l'idée d'étudier l'apparition de l'hystérectomie totale en obstétrique, de rechercher dans la littérature médicale les différentes observations où elle se trouve combinée à la césarienne, de comparer cette opération avec les autres interventions possibles et de montrer les avantages que l'on peut en retirer dans certains cas de cancer et fibrome de l'utérus. Notre but n'est donc pas d'étudier le manuel opératoire de cette ablation totale de l'utérus, mais d'en rechercher les indications.

CHAPITRE II

ETUDE DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE SUIVANT UNE CÉSARIENNE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Jusqu'au ^{xvii}e siècle prévalut l'opinion d'Hippocrate d'après laquelle le cancer utérin s'oppose à la grossesse : il faut arriver à M. Bartholin et à M. Mauriceau pour prouver le contraire et montrer que ce n'est point la fécondation, mais bien l'accouchement que le cancer rend difficile. La coïncidence du cancer et de la grossesse est rare en effet ; d'après la statistique de Winckel, cette complication n'est notée que 8 fois sur 15.000 accouchements. La statistique de Stratz donne 12 cas sur 17.900 accouchements. L'avortement spontané étant fréquent pendant le cours de cette grossesse compliquée de néoplasme, on comprendra le nombre restreint des observations ayant trait à un cancer et à une grossesse à terme. De plus, nombre de chirurgiens sont restés fidèles à la devise de M. Mackeuroth. « Il faut interrompre toute grossesse coïncidant avec un cancer de l'utérus quand le diagnostic a été fait avant le quatrième mois. »

Tout le monde est d'accord à l'heure actuelle pour distinguer, dans les interventions pour cancer, les cas où ce cancer est opérable, c'est-à-dire nettement limité

à l'utérus et ceux où il s'est généralisé à tous les organes pelviens, surtout aux ganglions, aux uretères et à la vessie. Dans ce dernier cas, il est évident que la question de l'opération ne se pose pas. La mère étant condamnée à bref délai, l'accoucheur doit diriger ses efforts pour amener la grossesse à terme ou tout au moins le plus près du terme possible. Mais si le cancer est opérable, les opinions divergent. Les uns avec MM. Mackenroth, Legueu, Pozzi, Schœffer, Solowig sont partisans de l'avortement provoqué ; les autres avec MM. Bouilly, Pinard, Champetier de Ribes conseillent de ne s'occuper du cancer que dans l'intérêt de la grossesse.

Ce qui frappe en effet dans la lecture des différents travaux faits sur le cancer et la grossesse, c'est la crainte formulée par nombre de gynécologues de voir évoluer une grossesse dans un utérus cancéreux. D'après M. Cohnstein, cette influence nocive tiendrait au ramollissement des tissus qui se laissent plus facilement infiltrer, à la transformation embryonnaire des éléments cancéreux et à l'afflux sanguin plus considérable au niveau des parties malades.

M. Hense, dans un article récent, « Influence de la grossesse et de la ménopause sur les résultats des opérations du cancer », explique l'intervention prématurée des chirurgiens allemands par cette crainte de voir s'accroître trop rapidement la marche envahissante du cancer. Cette nocuité serait due à une augmentation considérable des lymphatiques et à une vascularisation plus grande. C'est pour cette raison que les gynécologues allemands pratiquent l'hystérectomie vaginale dès

que la tumeur est constatée. Néanmoins ils ne se sont pas systématiquement opposés à l'extirpation par la voie abdominale et ils la considèrent comme une opération très acceptable. Tels sont MM. Fristch, Schröder Accouci, Michelini, Wagner, Olshausen et Bischoff. M. Pozzi est resté fidèle à l'intervention prématurée, si le cancer de l'utérus est diagnostiqué au début de la grossesse et, récemment, il disait à la Société d'obstétrique : « Le sacrifice de cette vie précaire ne servirait-il qu'à prolonger de quelques mois la vie de la mère, il faudrait encore le faire. Le sursis donné à la mère peut être appréciable. Il vaut donc mieux risquer de prolonger la vie de la femme plutôt que de la sacrifier à une grossesse dont l'heureuse terminaison est aléatoire. » Mais si le fœtus est viable ou à terme, il est partisan de la césarienne suivie de l'extirpation totale de l'utérus.

En présence des bons résultats fournis par l'expectation, nombre d'accoucheurs se décidèrent à n'intervenir au cours de la grossesse qu'en présence d'accidents fâcheux mettant en jeu la vie de la mère et la vie de l'enfant. Dans le cas contraire, on doit mener la grossesse à une époque aussi rapprochée que possible du terme. Et à ce moment, en raison du défaut de dilatation du col qui peut être infiltré, en raison des hémorragies qui peuvent provenir des déchirures du col par le passage de la tête fœtale, il est dans l'intérêt, et de la mère, et de l'enfant, de faire une intervention qui sera à la fois un mode d'extraction rapide du fœtus et une cure plus ou moins radicale de la néoplasie. On aura donc recours à l'opération césarienne

que l'on pourra faire suivre ou d'un Porro, ou d'une hystérectomie subtotale ou d'une hystérectomie totale. Ayant décidé de limiter notre travail à cette dernière intervention, nous nous appliquerons à en rechercher les avantages et les inconvénients et à examiner les cas qui lui sont particuliers.

Les observations d'hystérectomie abdominale totale après césarienne dans les cancers de l'utérus ne sont pas très nombreuses dans la science. Cela tient beaucoup aux débuts très malencontreux de cette opération en obstétrique et, si cette intervention a été bien laissée de côté, elle le doit bien au pourcentage trop élevé de la mortalité maternelle et fœtale, dans les premières opérations.

D'après MM. Varnier et Delbet, il y eut de 1879 à 1897, 18 hystérectomies abdominales totales à terme dans des cas de cancers et fibromes avec 10 guérisons.

		Mère	Enfants	Mortalité
			—	—
Cancer du col	11 cas	4 guérisons	7 morts	62 o/o.
Fibromes	7 cas	6 guérisons	1 mort	14 o/o.

Dans une thèse inspirée en 1897, par M. le professeur Tarnier, M. Bosche trouve une mortalité de 74 pour 100. M. Theilhaber trouve une mortalité de 66 pour 100.

Dans les *Annales de gynécologie* 1899, M. Michellini rapportant une statistique de M. Hernandez (6 cas, 6 morts), se déclare partisan de l'hystérectomie césaro-vaginale.

Cette infériorité de la césarienne et de l'hystérecto-

mie abdominale totale à cette époque tenait d'abord à un manque de procédé ou tout au moins au peu de perfectionnement de ce procédé ; elle tenait aussi à la difficulté d'aborder l'utérus à travers le péritoine à une époque où l'antisepsie n'était qu'à ses débuts. L'hystérectomie totale ne pouvait donc que bénéficier comme la césarienne des améliorations de l'antisepsie et de la technique. Aussi, dans ces dernières années, le remarquable essor de la chirurgie abdominale a fait de l'hystérectomie abdominale totale, sinon une opération bénigne, mais du moins une intervention moins malencontreuse.

Aussi les statistiques deviennent-elles meilleures :

En prenant pour base une statistique de M. Freund rapportée par M. Michellini de Gênes.

18 cas	8 morts	Mortalité 44,4 pour 100
--------	---------	-------------------------

l'avantage reste encore à l'hystérectomie totale.

En 1897, M. Podebinski ne signale que deux morts sur huit cas.

En réunissant les statistiques de M. Bar et de M. Gailly, nous arrivons aux chiffres suivants :

Césarienne	17 cas	12 morts	70 o/o
Porro	4 —	3 —	75 o/o
Hystérectomie totale.	16 —	6 —	37 o/o

Ces chiffres sont d'ailleurs trop élevés pour la césarienne, car ils comportent des cas qui remontent à une époque où les opérations transpéritonéales étaient d'une gravité extrême.

En 1902, M. Gross nous cite les statistiques suivantes d'hystérectomies totales faites pour cancer :

1883	Caruso	mortalité	28 o/o
1891	Demelin	—	20 o/o
1900	Maygrier	—	6 o/o

Il nous donne une statistique de 25 pour 100 avant le septième mois, et de 60 pour 100 à terme.

Mais toutes ces statistiques sont faussées par ce fait, qu'elles portent sur des cas d'hystérectomies abdominales totales, tantôt au début de la grossesse, tantôt à terme, aussi, nous sommes-nous appliqué à rechercher dans cette bibliographie médicale les cas authentiques d'opérations faites à partir du septième mois.

Statistique personnelle des cas d'hystérectomie totale après césarienne dans les cancers.

DATE	NOM de l'opérateur	MÈRE	ENFANT
27 octobre 1879	Schrøder	Mort	Mort
17 décembre 1879	Bischoff	Mort	Vivant
28 juin 1883	Freund	Mort par collapsus cardiaque sur la table d'opération	Vivant
1885	Schrøder	Mort par péritonite	Mort
15 mars 1888	Fochier	Mort par péritonite	Mort avant l'opération
8 novembre 1891	Fristch	Guérison	Vivant
12 décembre 1891	Murphy	Mort à la suite d'hémorragies	Mort avant l'opération
1895	Von Ott	Guérison	Vivant
1900	Legueu	Guérison	Vivant. Meurt peu de temps après l'opération
Avril 1901	Delanglade	Guérison	Vivant
27 janvier 1903	Delanglade	Mort de l'infection antérieure	Vivant
13 septembre 1903	Fochier et Commandeur	Guérison	Vivant

Dans la littérature médicale, nous avons donc relevé 12 cas d'hystérectomie abdominale totale faite, soit avant le travail, soit pendant le travail. Sur ces 12 cas, nous trouvons bien comme chiffre brut, sept opérations terminées par la mort de la mère : mais en réalité il n'y en a que quatre, puisque deux morts ne sont pas imputables à l'opération ; l'une survenue sur la table d'opération au moment de l'anesthésie est due à un collapsus cardiaque, l'autre causée par l'épuisement de la parturiente, épuisement occasionné par une hémorragie grave qui avait d'ailleurs nécessité la césarienne et l'hystérectomie totale, et la troisième, qui était infectée depuis deux jours.

Nous avons là une mortalité maternelle de 33,3 pour 100. La mortalité fœtale est bien moindre et nous avons là un exemple frappant de l'utilité de la césarienne avant l'hystérectomie.

En effet, nous ne trouvons que cinq cas de mort du fœtus, dont deux ne nous intéressent pas dans cette statistique puisque l'enfant était mort avant l'opération. Ce qui nous donne une mortalité fœtale de 25 pour 100.

Nous avons tenu à rechercher tous les cas connus dans la *Bibliographie médicale* depuis le début de l'opération de Freund, sans nous occuper du pourcentage très élevé des débuts de l'opération, non seulement pour pouvoir établir un parallèle avec les autres statistiques, mais aussi, pour pouvoir montrer les avantages énormes qu'a retirés de l'antisepsie, l'hystérectomie abdominale totale après césarienne.

Si nous passons sous silence les premières opéra-

tions, faites à une époque où l'antisepsie insuffisante rendait toute manœuvre transpéritonéale presque fatalement mortelle, et où l'on manquait absolument de procédés rapides, nous ne trouvons plus que sept opérations celles de M. Frisch, Murphy, Von Ott, Legueu, Delanglade (2), Fochier et Commandeur. Nous trouvons cinq succès opératoires complets, bien que nous puissions encore, dans les deux autres cas, incriminer du résultat l'hémorragie et l'infection. La mortalité maternelle qui tout à l'heure était de 33,3 pour 100 tombe à 28 pour 100, et la mortalité fœtale à 14.

Pourtant, malgré ces bons résultats, nous voulons nous tenir sur une prudente réserve, car cette statistique ne porte que sur des cas, qui n'ont peut-être été portés à notre connaissance qu'en raison du bon résultat obtenu, tandis que d'autres essais malheureux n'auront pas été publiés. Cependant cette statistique nous permettra de dire que si l'hystérectomie abdominale totale après césarienne n'est pas toujours couronnée d'aussi brillants succès, elle n'en est pas moins, sinon une opération courante en obstétrique, mais du moins une intervention qui peut être admise au même titre que le Porro et la subtotale et qui dans un certain nombre de cas, sera supérieure à ces deux autres méthodes.

Il est une chose qui, il y a quelques années, semblait naturelle mais qui, à l'heure actuelle, étonne beaucoup. C'est la crainte formulée par quelques chirurgiens, d'opérer par voie abdominale, l'extraction de l'utérus. C'est pour cette raison que, MM. Dürshen, Accouci, Michelini, Wagner et Alessandro se rattachent à l'hys-

lérectomie vaginale. Alessandro dit en effet : « Dans l'hystérectomie vaginale après césarienne, les lésions de l'intestin sont moins fréquentes ; on supprime l'ouverture de l'abdomen et, par là même les dangers d'infection, surtout quand il s'agit de cancer utérin. » Tel est le grand reproche fait à l'hystérectomie totale aussi bien qu'au Porro. Sans vouloir mettre ici en parallèle les hystérectomies abdominale et vaginale, nous nous contenterons de dire qu'il suffit de jeter un regard sur toute la chirurgie abdominale de cette époque pour voir que les chirurgiens ne redoutent plus autant cette infection péritonéale grâce à l'antisepsie moderne. Le nombre des opérations transpéritonéales a bien augmenté et pourtant, la mortalité par péritonite est bien moindre.

On a voulu que l'hystérectomie totale en obstétrique soit une opération difficile. A une époque où cette hystérectomie est une opération courante en gynécologie, pourquoi serait-elle plus difficile en obstétrique ? Est-ce que le développement énorme de l'utérus n'amène pas le col au-dessus de la symphyse pubienne et, par conséquent, ne permet-il pas de mieux délimiter l'insertion utérine du vagin ? La distension des culs-de-sac vaginaux, et des ligaments larges, permet à l'opérateur de reconnaître avec une précision plus grande le degré d'infiltration cancéreuse du col ; elle permet aussi d'étudier jusqu'à quel point ont pu être touchés les ligaments larges.

On a reproché à l'hystérectomie abdominale totale après césarienne de n'être pas un procédé d'exécution facile et rapide.

Écoutons ce qu'en dit M. Delassus de Lille : « L'hystérectomie abdominale totale est la plus facile et la plus rapide des interventions, quand elle est faite au terme de la grossesse. Cette facilité tient en effet, dit-il, à l'élongation du vagin et à la mobilisation plus facile de l'utérus. » Telle est aussi l'opinion de MM. Vautrin et Schühl de Nancy.

Dans les *Annales de gynécologie* 1895, M. Guérmonprez dit ceci : « Le grand avantage de l'hystérectomie totale, c'est de pouvoir être faite après une césarienne, et cela sans désenparer. La technique est la même que hors de l'état de gravité : mais il faut tenir grand compte de la vascularisation plus grande de l'utérus ». C'est là, d'après M. Gros, une des difficultés qui rend cette intervention plus longue et plus compliquée, chose qu'il faut éviter puisque la femme est déjà épuisée par l'évolution de son cancer et peut-être aussi par un travail plus ou moins prolongé. La dilatation variqueuse des utérines, des utéro-ovariennes et de leurs anastomoses, la béance des sinus veineux utérins semblent en effet, à prime abord, être un obstacle à l'hémostase.

Mais si cette vascularisation maxima épouvante quelques accoucheurs, ne peut-elle pas être aussi pour eux une facilité d'action pour la recherche de ces artères et leur ligature ? Dans les *Annales de gynécologie* 1891, MM. Varnier et Delbet rapportent que la facilité de l'extirpation totale de l'utérus gravide à terme, évacué ou non, réside dans la vascularisation maxima de l'organe et dans la perte sanguine insignifiante qui succède à une hémostase bien faite.

De même, MM. Vautrin et Schühl nous disent : « Ceux qui ont opéré dans ces conditions ont tous pu constater que le pincement et la ligature des artères et des veines, n'est pas plus difficile dans un utérus gravide et que la limitation de cet organe est de beaucoup facilitée par la distention énorme des ligaments larges et des utéro-sacrés, et par l'existence d'un œdème péritérin. »

M. Davis, de Philadelphie et M. Boldt, de New-York, trouvent que l'extirpation abdominale totale est aussi vite achevée qu'une opération de Porro. Car, disent-ils, le temps employé à confectionner le pédicule et à le fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale, ne fait qu'égaliser le temps passé à faire une hémostase soigneuse de la tranche vaginale.

Cette vascularisation énorme des vaisseaux n'est donc pas, comme on veut bien le dire, une difficulté de cette intervention : elle ne fait qu'en hâter l'achèvement rapide, car elle dispense l'accoucheur d'une recherche souvent minutieuse des artères à ligaturer.

Cette possibilité de faire rapidement une hémostase préventive, avec des pinces qui embrassent le ligament large depuis son bord libre jusqu'à aussi près que possible de l'insertion vaginale du col, facilite le manie-ment de l'organe gestateur. Cela permet de découvrir un à un les vaisseaux entre les feuillets du ligament large et de les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides. Il est certain, d'ailleurs, que dans le cancer plus ou moins limité à l'utérus, on ne pourrait se contenter de la césarienne conservatrice, car l'hémostase serait très difficile par suite du mauvais état

de la paroi utérine. Cette infiltration néoplasique nécessiterait d'abord des sutures beaucoup plus nombreuses et plus rapprochées, sans que toutefois l'opérateur puisse être tranquille au sujet de ces sutures. De même que dans les cancers du sein enlevés complètement, la récurrence se fait généralement au niveau de l'incision, de même pour l'utérus, la généralisation se ferait au niveau de la plaie utérine avec d'autant plus de rapidité que l'on n'aurait pas touché à la source d'infection et, de là, se propagerait au péritoine qui lui est contigu.

Nous ne voulons pas dire cependant que l'hystérectomie abdominale totale soit la cure radicale du cancer de l'utérus : l'on est à l'heure actuelle suffisamment renseigné sur l'efficacité de l'ablation chirurgicale des cancers. On diminue les accidents inhérents à la néoplasie, on prolonge, mais on ne guérit pas toujours. On n'est jamais assez sûr d'enlever complètement les parties envahies par l'élément cancéreux et souvent la récurrence se fait sur la cicatrice vaginale. C'est ainsi que la femme opérée le 13 septembre 1903, par MM. Fochier et Commandeur, et revue par ce dernier au mois de février 1904, ne présentait aucun symptôme de généralisation : seule, une induration suspecte de la plaie vaginale pouvait laisser des doutes sur la propagation de la néoplasie.

Le grand avantage de l'hystérectomie totale est de supprimer le moignon utérin. Ce pédicule que nous laissons dans le Porro, fixé à la paroi abdominale, ou intrapéritoniale dans la subtotalité peut non seulement subir la dégénérescence néoplasique, il doit aussi être

considéré comme infecté et agent d'infection. Quoique à l'heure actuelle les précautions antiseptiques permettent d'éviter autant que possible la pénétration des germes infectieux dans les plaies abdominales, il est surtout une cause d'infection qui ne dépend pas de l'opérateur et qui est inhérente au traitement du moignon utérin.

Après avoir fait l'hémostase complète, il faut faire la toilette de ce moignon, c'est-à-dire en réduire autant que possible la surface et la rendre aseptique. Pour cela, on cautérise la surface du pédicule, soit avec le thermocautère, soit avec le chlorure de zinc. Or, il est à craindre que les produits septiques qui résultent de son sphacèle, ne soient déversés dans le péritoine ou tout au moins dans la cavité pelvienne et ne déterminent une péritonite purulente. La suppuration de ce pédicule, très rare maintenant d'ailleurs, fut très redoutée autrefois et elle nécessita quelquefois une intervention secondaire qui consistait en l'ablation complète du moignon.

Quelquefois le sphacèle du pédicule détermine, sinon une hémorragie grave par la quantité de sang perdue, mais du moins un suintement sanguin qui ne peut qu'inquiéter l'opérateur et l'obliger généralement à appliquer quelques sutures ou même à enlever le pédicule avant son sphacèle total.

Il est d'ailleurs souvent difficile de constituer ce pédicule. En effet, la dilatation énorme des sinus utérins, l'augmentation de volume de la veine circulaire, l'infiltration néoplasique des tissus et le ramollissement du col sont autant de causes qui, en rendant plus diffi-

cile la limitation du moignon, peuvent produire des hémorragies graves.

Or, dans l'hystérectomie totale nous ne trouvons pas tous ces incidents opératoires. Si l'on a pu l'accuser d'établir une communication entre le péritoine et le vagin d'autres accoucheurs ont vu là seulement un mode de drainage plus facile. C'est ainsi que M. Delanglade, de Marseille, après avoir suturé le péritoine pelvien, draine le péritoine par la plaie abdominale et le paramétrium par le vagin. MM, Vautrin et Schüh, disent aussi : « L'hystérectomie abdominale totale a le grand avantage de supprimer d'un seul coup tous les dangers inhérents au pédicule ; elle facilite le drainage vaginal et assure la fermeture étroite de la séreuse péritonéale. »

Si la grossesse se trouve concomitante avec un cancer du col, et c'est là le cas le plus fréquent pour l'étude qui nous occupe, puisque l'accouchement spontané ou forcé ne peut se faire sans de vastes déchirures d'organe, la question de la césarienne à terme suivie du Porro ne se pose pas. Il serait tout à fait inutile d'enlever l'utérus plus ou moins sain, sans s'attaquer au point de départ de l'infection néoplasique. Ce serait laisser le loup dans la bergerie. Dans ces cas, l'hystérectomie abdominale totale après césarienne est la seule indiquée, à moins toutefois, que le cancer soit généralisé et ait envahi tout l'étage inférieur. Il vaudrait mieux, dans ce cas, faire une simple césarienne conservatrice et laisser à la nature le soin de sauvegarder la mère le plus longtemps possible.

MM. Accouci, Wagner et Alessandro ont encore mis

sur le compte de l'hystérectomie totale, les blessures possibles de l'intestin, de la vessie et de l'uretère. Il est possible que ces fautes opératoires ont pu être commises; nous n'en avons pas d'ailleurs trouvé la relation, cela se comprend, mais il me semble que ce reproche ne peut s'adresser à l'opération elle-même, mais bien à l'opérateur.

Il est cependant une chose plus grave qui doit inquiéter le chirurgien : c'est la lésion possible de la vessie et de l'uretère. A l'état normal, les uretères sont contenus dans le tissu cellulo-graisseux de la partie pelvienne du ligament large et en rapport avec les vaisseaux utérins, et par conséquent sont en contact avec la partie latérale de la portion supérieure du vagin : mais par suite du refoulement de la vessie sous le pubis par l'utérus gravide et par suite de la descente de l'utérus, les uretères viennent en rapport avec la partie inférieure du col de l'utérus. C'est pour cette raison qu'en 1860 MM. Aran et Siredey ont fait connaître que le cancer de l'utérus déterminait souvent la mort par urémie et cela par suite de la compression et de l'envahissement de ces uretères dans la partie qui correspond à leur passage à travers la paroi postérieure de la vessie. L'accoucheur est donc obligé de dénuder l'uretère avant d'appliquer les pinces à forcipressure : cela est d'autant plus difficile que généralement dans l'envahissement de l'étage inférieur du ligament large, il y a presque toujours propagation du cancer aux uretères.

C'est ainsi que M. Delanglade, le 20 février 1901, ayant fait suivre une césarienne d'une hystérectomie

totale dut dénuder complètement l'uretère droit envahi pour terminer son opération. Craignant cette complication, Schwartz se déclare partisan de la sub-totale, car, dit-il, avec celle-ci on a une facilité plus grande d'hémostase et une sécurité complète au point de vue de l'uretère

Il est un fait intéressant à noter dans les interventions d'hystérectomie totale faites à terme, c'est la rareté de l'infection. Sur les 12 cas relatés par nous pour cancer, nous ne trouvons qu'un seul cas d'infection péritonéale, celui de Schrøder ; les 2 autres morts par péritonite (Fochier, Delanglade) ne nous intéressant pas, puisque l'infection était antérieure à l'opération. Le drainage vaginal n'est donc pas, comme on a voulu le dire, une source d'infection. M. Delassus dit en effet à ce propos : « Ce qui caractérise l'hystérectomie abdominale totale à terme, c'est l'absence d'accidents septiques post-opératoires. Ce résultat heureux est dû à la suppression totale de la muqueuse utérine et de tous les vaisseaux de la matrice. » Mais il est du devoir de l'accoucheur d'éviter cette infection. Il ne faut pas attendre pour opérer que le travail soit déclaré et ait par cela même diminué les chances de réussite par suite d'un gaspillage des forces d'une malade épuisée et anémiée par son cancer. On doit opérer le plus près du terme possible. En intervenant au moment du travail on réalise le maximum de chances pour le fœtus sans diminuer les chances de guérison pour la mère. M. Delanglade nous dit en effet qu'il convient d'attendre la fin du neuvième mois, mais qu'il faut intervenir avant le travail ou tout au moins au début du travail.

Par suite de la pression de la tête fœtale, par suite des contractions utérines, on voit se produire des fissures et des déchirures du col qui deviennent l'origine d'hémorragies épouvantables et qui peuvent se propager à la vessie, au rectum, et déterminer ainsi de graves délabrements. Ces accidents peuvent emporter la mère, à moins qu'elle ne succombe à une rupture utérine, à l'épuisement, à l'infection » (V. Bué). Tel est aussi l'avis de M. Pozzi, qui dit que les 6 opérations appartenant à M. Schröder², Murphy, Freund, Fochier, Möeller, ont été faites après des tergiversations et une expectation prolongée, alors que du fait de la longue durée du travail s'étaient déjà développées l'infection et la putréfaction. MM. Podebinski, Kunbert, pensent de même qu'il faut intervenir avant le travail. Cependant ce serait de la folie de trop devancer le terme, car par suite des hémorragies antérieures on s'exposerait ainsi à des déceptions provenant de la difficulté qui existe à connaître exactement l'âge de la grossesse. Tel est le cas de M. Legueu.

On peut donc voir, d'après l'étude que nous venons de faire, que la césarienne et l'hystérectomie totale se concilient bien. D'après les 12 cas que nous avons pu trouver dans la littérature médicale, nous avons une mortalité maternelle de 28 pour 100 et une mortalité fœtale de 14 pour 100. Ces chiffres nous montrent suffisamment que l'on ne doit pas porter un pronostic sombre sur les résultats de cette opération.

M. Richelot nous dit en effet : « Si l'on veut non seulement sauver l'enfant, mais donner à la mère des chances de guérison durable, il est bien évident qu'il

faut tout enlever. Il serait désolant de laisser la besogne inachevée quand on a tant fait que d'intervenir, sous prétexte que l'ablation du col rend l'opération un peu plus longue ou plus difficile ».

Nous pouvons dire d'ores et déjà avec le Dr Micholistch de Vienne (*Centralblatt für Gynecologie*) que dans les cancers au terme de la grossesse, la césarienne et l'hystérectomie abdominale totale sont très compréhensibles dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

M. Martin n'a-t-il pas dit en 1898 au Congrès de gynécologie : « La méthode de l'avenir n'est, ni dans l'extra, ni dans l'intrapéritonéale, mais bien dans l'extirpation totale ».

OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIES TOTALES APRÈS CÉSARIENNE POUR CANCER DE L'UTÉRUS

Nous ne rapporterons pas les observations de MM. Schröder, Bischoff, Freund, Fochier, Fristch, Murphy, von Ott.

Ces observations ont été relatées dans des thèses antérieures à la nôtre.

Nous nous bornerons à donner les quatre dernières observations.

LEGUEU, 12 juillet 1900.

(*Annales de gynécologie*, 1900-1901.)

Pertes rouges depuis longtemps. La malade est bien affaiblie. Au toucher l'on trouve un col infiltré dans toute sa hauteur. Au

cinquième mois de la grossesse, la femme a subi un curettage du cancer, à cause des hémorragies antérieures. Le cancer progresse rapidement et, au septième mois de la grossesse, une hémorragie grave oblige à hâter l'accouchement. On fait une césarienne et on enlève l'utérus par une hystérectomie totale. L'enfant ne pesait que 1790 grammes, il est difficile à ranimer : mais il meurt quelques heures après.

Suites opératoires simples.

DELANGLADE, 20 février 1900.

(*Annales de gynécologie*, 1900-1901.)

Femme de trente-trois ans. Depuis juin 1899, hémorragies continues qui épuisent la malade. Amaigrissement très prononcé. Examinée le 10 février, on fait le diagnostic d'épithélioma du col coïncidant avec une grossesse.

17 février. — Hémorragies graves que l'on peut arrêter, pas d'engagement de la tête fœtale. Les bruits du cœur deviennent de plus en plus imperceptibles. On fait une césarienne que l'on fait suivre d'une hystérectomie totale rendue difficile par l'envahissement de l'étage inférieur. L'uretère droit envahi a été difficilement dénudé. Enfant de 2850 grammes qui est nourri par la mère. Suites opératoires simples.

Revue le 12 avril, la malade présente une induration suspecte de la cicatrice vaginale.

DELANGLADE, 27 janvier 1903.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Delanglade.)

Multipare de vingt-huit ans qui entre à la clinique le 27 janvier 1903. La grossesse a évolué sans incidents. Le début de la grossesse remonte au courant de septembre. Cette femme arrive de ville accompagnée d'une sage-femme qui dit avoir reconnu une présentation de l'épaule avec rigidité pathologique du col.

Examinée par M^{lle} Mouren, on diagnostique une présentation du sommet avec épithélioma du col, variété ulcéro-végétante.

Au toucher, le col est induré et déchiqueté ; il présente des excoriations granuleuses : le sommet n'est pas engagé

La poche des eaux est rompue depuis le 23 janvier. Vomissements depuis le matin.

28 janvier 1903. — A 2 heures du matin, M. le professeur Delanglade pratique la césarienne et l'hystérectomie totale. Il extrait un fœtus en état de mort apparente, du poids de 2600 grammes. Ranimé de suite, l'enfant crie aussitôt.

La mère et l'enfant sont dans un état satisfaisant.

21 janvier. — A 10 heures, M. le professeur Delanglade pratique une nouvelle opération et le 1^{er} février à 4 h. 20 du matin la femme succombe. Du 27 au 30 janvier la température axillaire était de 38 degrés, puis 37°5 et 38 et 38°8. La température rectale du 30 janvier et du 1^{er} février était de 40°3, 40 degrés et 40°1.

La femme présentait de l'infection pariétale à crépitation gazeuse.

L'enfant passe au service du biberon et meurt huit jours après.

M. FOCHIER et COMMANDEUR.

(*Lyon médical*, 13 septembre 1903.)

Cancer du col utérin. — Grossesse près du terme. — Opération césarienne avant le début du travail. — Hystérectomie totale. — Résection de l'uretère droit englobé dans la tumeur. — Abouchement uréthro-vaginal. — Enfant vivant. Mère en bonne voie de guérison

M^{me} Rose B..., jeune femme de vingt-huit ans. Réglée à douze ans régulièrement, elle a eu déjà quatre accouchements, trois normaux, l'un au forceps, à dix-neuf, vingt, vingt-deux, vingt-trois ans. Ces enfants sont morts en bas-âge. Il y a cinq ans deux fausses couches, l'une de deux mois, l'autre de deux mois et demi.

Elle se présente à la visite de la Maternité le 5 juin parce

qu'elle souffrait de varices de la jambe droite. Sa grossesse est d'environ huit mois. Dernières règles le 10 octobre 1902.

Elle raconte que, vers le sixième mois, elle a eu quelques légères pertes rosées, parfois jaunâtres, sans caillots, pertes qui ont beaucoup diminué lorsqu'elle cessa de travailler. Depuis quelques mois elle a perdu l'appétit, éprouve du dégoût pour la viande et a maigri d'une façon sensible.

Au palper, l'utérus est régulièrement développé, le fœtus vivant en présentation et position régulière OIGA.

Au foucher, notre surprise fut extrême de sentir un col volumineux et dur donnant les sensations suivantes : la lèvre antérieure et la moitié gauche est très augmentée de volume et formée par un tissu lisse et régulier. Cette portion est doublée du côté de la cavité cervicale par une masse à surface mamelonnée. La lèvre postérieure est également très dure.

Ce n'est que dans une étendue très faible, à gauche, que le col présente le ramollissement normal de la grossesse : cette portion correspond à peine au $\frac{1}{5}$ de la circonférence du col. Elle saigne très légèrement et le doigt retiré après le toucher est teinté de sang.

Il s'agit d'un cancer du col ayant envahi la presque totalité de l'organe et dont l'évolution a été presque latente.

La malade fut examinée par M. le professeur Fochier qui confirma notre diagnostic. Il était évident que l'on ne pouvait songer à un accouchement spontané, ni même à une dilatation appréciable du col et, comme le terme était proche, l'opération césarienne était la seule rationnelle. Comme, d'autre part, la tumeur paraissait limitée au col, le vagin restant souple et les ligaments larges ne paraissant pas envahis, il fut convenu qu'on ferait suivre la césarienne de l'hystérectomie abdominale totale.

11 juillet. — L'opération fut pratiquée.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale remontant au-dessus de l'ombilic et descendant très bas jusqu'au bord supérieur de la symphyse. Incision de l'utérus sur sa face antérieure.

On ne rencontre pas le placenta. Rupture des membranes

avec le doigt. Saisie d'un pied et extraction facile d'un fœtus vivant, de 2980 grammes qui cria aussitôt. L'hémorragie est peu abondante. Néanmoins, pour économiser le sang, un tube élastique est jeté sur l'utérus. On pratiqua alors l'extirpation totale. Ligature des deux ligaments ronds et des deux pédicules utéro-ovariens.

La ligature de l'utérine gauche est facile. A droite on ne la perçoit que difficilement et sa ligature demande quelque attention. On pénètre alors dans le vagin. L'ouverture des culs-de-sac se fait sans difficultés. A droite, on voit que le néoplasme s'étend dans l'étage inférieur du ligament large. La section faite pour isoler l'utérus intéresse l'uretère droit qui est coupé transversalement et qui est dilaté au volume d'une grosse plume.

L'utérus extrait, on complète l'hémostase de quelques vaisseaux du ligament large et de la tranche vaginale. Le bord supérieur de l'uretère est alors suturé à la tranche vaginale de manière à créer une fistule urétéro-vaginale.

Un Mickulicz est placé dans le petit bassin et vient sortir dans le vagin. Puis la paroi abdominale est complètement suturée.

Les suites opératoires furent simples. La température ne dépassa pas 38°2. La mèche du Mickulicz fut enlevée le neuvième jour, le sac du Mickulicz le douzième jour. Actuellement, douze jours après l'opération, la malade est en excellente voie de guérison. Les urines s'écoulent par le vagin.

Revue au mois de février 1904 par M. le Dr Commandeur, la malade présentait une induration suspecte de la tranche vaginale.

Le diagnostic anatomo-pathologique fut celui de carcinome du col.

CHAPITRE III

ETUDE DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE SUIVANT UNE CÉSARIENNE DANS LES FIBROMES DE L'UTÉRUS

La coïncidence d'une grossesse dans un utérus fibromateux est suffisamment fréquente pour que l'on se soit occupé de l'évolution du produit de conception. Quoique ces tumeurs fibreuses aient été généralement considérées comme prédisposant la femme à la stérilité, par M. Simpson d'abord, et par MM. Spencer Wells, Sims, Bergel et Dœhring ensuite, on ne saurait admettre la statistique de ces derniers, qui est de 1/2,98. La fécondité n'est que diminuée et cela est dû uniquement aux déviations utérines qui, sans être un obstacle insurmontable à la fécondation, la rendent cependant moins facile.

Il est pourtant un fait que tout le monde accorde à l'heure actuelle, c'est que la grossesse est fréquemment interrompue dans un utérus fibromateux. Sur 227 cas, M. Lefour a constaté 39 avortements, soit 1 sur 5,82.

Cette expulsion prématurée du produit de conception résulte, soit de l'action réflexe produite sur le muscle utérin par un corps étranger, soit des lésions de la caduque causées par la présence du fibrome, soit, enfin,

des hémorragies occasionnées par la plupart de ces tumeurs.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Nombre de grossesses évoluent très bien ; aussi, nous est-il permis de nous demander quel doit être le pronostic si on n'interrompt pas cette grossesse.

Parmi les incidents qui peuvent jeter un point noir sur l'évolution de cette grossesse dans un utérus dégénéré, il faut citer, d'abord, la fréquence des insertions vicieuses du placenta. Sur 241 cas, M. Nauss l'indique 5 fois, ce qui fait 2 pour 100. Sur 307 cas, M. Lefour trouve 13 placenta prævia, soit une moyenne de 4 pour 100. Si l'on ajoute à cela les cas où le placenta est inséré directement sur le fibrome lui-même, on a, en plus des dangers perpétuels de l'évolution du fœtus, tous les aléas d'un placenta prævia avec ses hémorragies constantes et avec ses présentations vicieuses, ainsi que les dangers du décollement par la présence du fibrome.

Souvent aussi, le développement exagéré de ces tumeurs produit des phénomènes de compression, par suite de l'enclavement du fibrome dans l'excavation. Cette compression peut porter soit sur l'urètre, soit sur la vessie, soit, enfin, sur l'uretère, et occasionner des cystites, des néphrites et des pyélonéphrites.

Si, à cela, l'on ajoute les altérations que peuvent subir les fibromes, ou suppurations ou gangrène, si l'on ajoute encore les phénomènes réflexes qui peuvent produire des contractions utérines, on aura le tableau complet des différentes causes qui peuvent occasionner l'avortement à un terme plus ou moins

rapproché de la viabilité fœtale ou bien obliger l'accoucheur à provoquer cet avortement.

Les modifications apportées aux fibromes par la grossesse sont généralement assez marquées. Il n'est pas rare, dit M. Bristove, de les voir doubler de volume. L'augmentation de ces fibromes provient, dit M. Doléris, de la prolifération du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. Il sera d'autant plus accentué que le fibrome est en rapport plus direct avec l'utérus et que sa structure sera plus rapprochée de celle du muscle utérin (Doléris). Mais, sous l'influence de la gestation et au terme de la grossesse, ces tumeurs fibreuses participent aussi aux phénomènes de ramollissement que l'on observe du côté des organes génitaux. Ce ramollissement est-il simplement limité aux couches superficielles, comme le dit Depaul, ou bien gagne-t-il aussi les couches profondes ? Cette question, qui donna lieu à un grand débat à la Société de chirurgie en 1868 et 1869, n'est pas encore complètement élucidée. Cependant, grâce à l'assouplissement plus ou moins marqué de ces tumeurs et grâce à leur mouvement ascensionnel dans les dernières semaines de la grossesse, la réduction de ces fibromes est souvent suffisante pour permettre à la partie fœtale de descendre et de s'engager, quelquefois même aux dépens de quelques lésions. Ainsi, l'on voit bien des accouchements qui semblent devoir présenter des difficultés très sérieuses ou même être impossibles, se terminer de la manière la plus heureuse, ou spontanément ou à l'aide d'une intervention plus simple, forceps ou version.

Mais souvent, aussi, le ramollissement ne se fait pas suffisamment et le mouvement ascensionnel d'une tumeur siégeant sur le col ou sur le segment inférieur est impossible. Par suite de la dilatation insuffisante du col, causée par la dégénérescence ou par suite d'une dilatation anormale en croissant, si la tumeur siège sur une des lèvres du col, par suite aussi de l'obstruction utérine apportée par les fibromes qui occupent l'excavation, le fœtus est arrêté dans sa descente à travers la filière pelvigénitale, l'engagement ne peut se faire et l'accouchement devient impossible. Ces tumeurs peuvent aussi créer une dystocie par un autre mécanisme. Si elles sont sous-péritonéales ou si elles sont implantées à la partie postérieure de l'utérus, elles font subir à l'organe gestateur un mouvement de bascule qui produit une rétroversion. La tumeur descend alors dans l'un des culs-de-sac, en particulier dans le cul-de-sac de Douglas et, par conséquent, vient remplir l'excavation et empêcher, non seulement de s'accommoder, mais aussi de s'engager.

Si ce fibrome est volumineux et s'il ne peut être refoulé hors de l'excavation par les procédés habituels de réduction de la rétroversion de l'utérus gravide et en présence de l'état de souffrance du fœtus, l'accoucheur est appelé à intervenir rapidement, et cela par des procédés sanglants que nous examinerons plus loin.

Etant donné les résultats heureux que l'on peut retirer des phénomènes de ramollissement et d'ascension aux derniers mois de la grossesse, résultats qui, d'ailleurs, compensent bien les incidents problé-

matiques de l'évolution de la grossesse dans un utérus fibromateux, nous arrivons à dire, avec M. Varnier, que l'intervention abortive doit être l'exception.

« Il faut attendre, dit Schwartz, la nature sait tourner les difficultés, ramollir les fibromes ici, permettre leur ascension là, et souvent, en somme, sans grands efforts, peut amener le résultat le meilleur : un enfant vivant et bien portant tout en sauvegardant la vie et la santé de la mère. »

Cette expectation, d'ailleurs, n'a sa raison d'être que si des accidents graves de compression, d'obstruction ou d'hémorragies ne viennent pas mettre en danger les jours de la mère.

Telle est la conduite tenue par la plupart des chirurgiens et accoucheurs. Nous avons nommé MM. Pinard-Varnier, Fochier, Lepage, Hoffmeier.

En 1897, à la Société d'obstétrique de France, M. Fochier disait : « Pendant la grossesse, abstention si la mère n'est pas menacée d'une façon prochaine. Au point de vue pratique, la présence d'un gros fibrome dans l'excavation pelvienne n'entraîne pas nécessairement l'obligation d'intervenir pendant l'accouchement. »

L'expectation est donc la règle ; mais cependant on ne doit pas la prolonger trop loin. Etant donnée l'influence néfaste des fibromes sur la contractilité utérine, influence qui se traduit d'ailleurs par la durée anormale du travail, il pourrait en résulter de graves inconvénients pour la vie du fœtus et un épuisement malheureux de la parturiente. C'est pour cette raison que M. Démons, de Bordeaux, disait au Congrès de

chirurgie de 1898 : « Il est exceptionnel que le chirurgien ait à intervenir au moment du travail : si le fibrome a en effet permis l'évolution de la grossesse jusqu'à terme, il ne mettra certainement pas un obstacle absolu à l'accouchement. Mais si l'on met en balance les inconvénients qui résultent de cette expectation, prolongation du travail, mort de l'enfant et infection de la mère et, d'autre part, les dangers bien réduits à l'heure actuelle des opérations transpéritonéales, on est amené à conclure en faveur de l'indication de plus en plus légitimée de l'intervention chirurgicale. » Il est des circonstances où l'enclavement est si incomplet et les adhérences si fortes que l'accoucheur n'a plus le droit de se fier aux seules forces de la nature.

Le diagnostic est précis : L'extrémité du fœtus ne pourra jamais s'engager dans la filière pelvigénitale. L'accouchement ne peut donc se faire par les voies naturelles. Il faut agir le plus rapidement possible et la seule intervention rationnelle est d'extraire le fœtus par la voie abdominale ; il faut faire une section césarienne et sauver l'enfant.

Mais en présence d'un utérus rempli de masses fibromateuses considérables qui prédisposeront plus tard à tous les accidents ultérieurs de ces tumeurs, sphacèle, infection, dégénérescence néoplasique, hémorragie, quel est le devoir de l'accoucheur ?

Doit-il se contenter de faire une césarienne conservatrice ?

Non, nous ne le croyons pas, ce serait exposer la femme à des hémorragies graves de la délivrance et à

une infection probable de l'utérus sans que, toutefois, la mère puisse en retirer le moindre bénéfice.

Nécessité est donc de faire une opération complémentaire qui sera également une cure radicale de la dégénérescence, Porro, hystérectomie subtotale, myomectomie ou hystérectomie totale.

Sans vouloir entrer dès à présent dans les indications des trois premières opérations, puisque nous avons limité notre travail à la quatrième, il nous est cependant permis de dire que, dans les cas d'enclavement des tumeurs dans l'excavation et par conséquent dans les implantations de ces fibromes à la partie inférieure de l'utérus, l'hystérectomie totale semble la plus naturelle, à moins, toutefois, que la tumeur soit sessile et à évolution vaginale. Dans ce cas, l'excision avant le travail est facile et supprime la cause de dystocie. M. Vautrin dit en effet : « Pour que l'hystérectomie abdominale totale donne tous ses fruits, il est bon de ne pas trop attendre. D'ailleurs sauver la mère en faisant cette opération, c'est lui rendre définitivement la santé, tandis que la livrer aux chances de l'accouchement spontané, c'est reculer l'échéance d'une hystérectomie totale qui pourrait s'exécuter dans des conditions bien plus mauvaises. »

Il est certain que l'hystérectomie totale après césarienne a bien moins d'indications dans les fibromes de l'utérus que dans le cancer, par ce fait d'abord que les procédés d'ablation de la tumeur sont bien plus nombreux, puis aussi parce que l'on n'est pas dans la même obligation d'extirper aussi complètement que possible un organe où la généralisation de la dégénérescence

fibromateuse est bien moins rapide que pour le cancer. Cependant, malgré cela nous trouvons beaucoup plus d'opérations faites à terme pour fibromes que pour cancer; cela tient, je crois, uniquement à la fréquence beaucoup plus grande des fibromes que des cancers de l'utérus.

La première hystérectomie abdominale totale faite à terme pour une dystocie produite par un fibrome rétro cervical, date de novembre 1890 et a été faite par M. Landau. Elle se termine par la guérison de la mère et la survie de l'enfant. La période de début de cette opération fut particulièrement longue. De nombreuses interventions furent faites, mais elles ne donnaient lieu qu'à de simples relations sans discussion. Il faut remonter jusqu'en 1900 pour trouver une étude des diverses hystérectomies totales à terme et un groupement assez complet des diverses interventions isolées jusqu'à cette époque. C'est d'abord la thèse de Lucas, puis ce sont celles de Turnier, Drouhart et Gross (1902).

Cependant, dans l'*Obstétrique* 1897, M. Maygrier, comparant les différentes opérations faites à terme jusqu'à ce jour dans les dystocies par fibromes donnait la statistique suivante :

Césarienne	50	pour 100
Porro	20	—
Hystérectomie totale	0	—

Il ne connaissait, il est vrai, que trois cas d'hystérectomies totales faites avec succès, ceux de Guermontprez (1825), de Varnier et Delbet (1896) et de Mouchet (1897).

Dans la même année MM. Varnier et Delbet nous rapportent 7 cas, dont 6 guérisons et 1 seule mort et établissent une mortalité maternelle de 14 pour 100.

En 1900, M. Lucas rassemble 10 cas d'hystérectomies abdominales totales à terme, avec 9 guérisons et 1 mort, d'où mortalité maternelle de 10 pour 100.

Dans la thèse de M. Turner (Paris 1900), nous relations un parallèle qui porte sur 13 cas d'hystérectomies totales et 17 cas de Porro :

		Mères	Enfants
Hystérectomie totale . .	13 cas	3 morts	4 morts
Porro	17 cas	1 —	6 —

Ce qui nous donne pour la première une mortalité maternelle de 23 pour 100 et fœtale de 30 pour 100 et, pour la seconde, une mortalité maternelle de 6 pour 100 et fœtale de 35 pour 100.

M. Thumin a publié en 1902 une statistique intéressante concernant les interventions chirurgicales faites à terme.

Voici cette statistique :

Césarienne suivie d'amputation supra-vaginale.

49 cas 6 décès Mortalité 12,6 pour 100

Césarienne suivie d'hystérectomie totale.

14 cas 1 décès Mortalité 7 pour 100

Dans son rapport à l'Association française de chirurgie, M. Ricard, mettant en parallèle les hystérectomies totales et subtotaux, trouve une mortalité de 4,50 pour 100 pour la deuxième et de 9,65 pour la première.

M. Gross (1902) arrive à cette statistique pour l'hys-

térectomie totale après césarienne : mortalité maternelle de 6,25 pour 100 et fœtale de 28 pour 100.

En 1903, dans son mémoire intitulé : *Hystéromie et Hystérectomie*, M. V. Bué rapporte dix-neuf observations d'hystérectomie abdominale totale, faites à la fin de la grossesse ou pendant le travail, pour des dystocies par fibromes; il ne trouve que 3 morts (Fristch, Macks, Jewet). « La mortalité maternelle serait donc, dit-il, de 15,8 pour 100, chiffre qui semble au-dessus de la réalité. Si on élimine les 2 morts de Fristch et de Jewet qui ne sont pas imputables à l'opération, on a une mortalité maternelle de 5,35 pour 100. Ce qui est à peu près la léthalité ordinaire de l'hystérectomie abdominale totale.

On voit, d'après les statistiques plus ou moins disparates que nous venons d'examiner, qu'il est très difficile de se faire une idée exacte du pourcentage de mortalité maternelle ou fœtale, chaque auteur prenant pour base de sa statistique quelques interventions faites avant lui et connues de lui.

Désirant faire une statistique aussi complète que possible afin de pouvoir mieux établir un parallèle avec les autres opérations possibles, nous avons recherché très attentivement tous les cas d'hystérectomie totale faite à terme pour dystocie fibreuse et nous sommes arrivé à rassembler 24 observations relatées, soit dans les thèses antérieures, soit dans les diverses publications de gynécologie et d'obstétrique, ou bien encore dues à l'obligeance de M. le Dr Vautrin.

Nous allons en donner la liste complète avec les résultats, soit pour la mère, soit pour le fœtus.

Statistique personnelle depuis 1890 des cas d'hystérectomie totale à terme après césarienne dans le fibrome.

DATE	OPÉRATEURS	MÈRE	ENFANT
Novembre 1890	Landau	Guérison	Vie
1890	Vautrin et Schühl	Guérison	Mort avant. Pas de césarienne
27 février 1891	Fristch	Mort du mal de Bright	Mort
9 juillet 1895	Guermonprez	Guérison	Vivant
12 juillet 1895	Dowmann	Guérison	Vivant
6 mai 1896	Gutteriez	Guérison	Vivant
31 avril 1896	Varnier et Delbet	Guérison	Mort avant opération
1896	Riepi	Guérison	Macéré
31 mars 1897	Mouchet	Guérison	Mort 2 heures après
27 septembre 1897	Gutteriez	Guérison	Vivant
1898	Wertheim	Guérison	Mort avant opération
1898	Steinthal	Guérison	Vivant
1898	Morestin	Guérison	Vivant
1898	Smyly	Guérison	Vivant
1898	Macks	Mort	Vivant
1898	Douglas	Guérison	Mort
1898	Boldt	Guérison	Mort
1898	Servet	Mort	Vivant
Septembre 1899	Delassus	Guérison	Vivant
1899	Jewet	Mort non imputable	Vivant
1900	Eustache	Guérison	Mort, grossesse inconnue
4 juillet 1900	Rudaux	Guérison	Vivant
1900	Vautrin	Guérison	Mort avant
1902	Vautrin	Guérison	Vivant

D'après cette statistique des 24 cas relatés par nous jusqu'à ce jour, nous trouvons 20 guérisons de la mère et 16 survies de l'enfant, sans compter cependant le cas de Mouchet de Sens, où le fœtus fut extrait vivant mais mourut quelques heures après, par suite de l'asphyxie occasionnée par la prolongation du travail. Nous avons là une mortalité maternelle brute de 16,6 pour 100 et une mortalité fœtale non expurgée de 32 pour 100. Si nous éliminons les deux cas de Fristch où la mère mourut quelques jours après, sans fièvre de son mal de Bright, et celui de M. Jewett où la femme était arrivée à un degré extrême d'anémie par prolongation du travail et hémorragies antérieures, nous n'avons plus qu'une mortalité maternelle de 8,3 pour 100.

Le pourcentage plus élevé de la léthalité fœtale (8 morts sur 24 opérations) ne peut être accepté tel, puisque sur ces 8 décès, nous avons compris 6 cas où la mort du fœtus ne peut être imputable à l'opération, l'enfant étant mort avant l'opération. Tels sont les cas de MM. Varnier et Delbet, Wertheim, Vautrin et Schühl, Eustache, Riepi, Vautrin.

La mortalité fœtale se résout donc à 2 cas, et la mortalité qui, tout à l'heure était de 32 pour 100, tombe à 8,3 pour 100.

Tel est le résultat de notre statistique :

Mortalité maternelle 8,3 o/o Mortalité fœtale 8,3 o/o

Cependant nous relaterons la conduite tenue par quelques chirurgiens qui n'ont pas fait précéder l'hystérectomie totale de la césarienne. Tels sont les cas de MM. Varnier et Delbet, Vautrin et Schühl, Eustache

et Vautrin. L'hystérotomie et l'extraction du fœtus ne s'imposent qu'autant que l'on a nettement perçu les bruits du cœur et que, par conséquent, l'enfant est vivant. « Mais si le diagnostic de la mort du fœtus est porté d'une façon certaine, il est préférable d'enlever d'emblée l'utérus sans l'ouvrir. On évitera ainsi les chances d'infection » (V. Bué). Il serait en effet absolument inutile d'exposer la mère à une infection péritonéale presque certaine, alors que l'on ne pourrait en retirer aucun bénéfice.

Par contre, il serait imprudent aussi, de ne pas faire la césarienne sans être absolument certain de son diagnostic de mort du fœtus. Agir ainsi serait exposer la vie fœtale. Tel est l'exemple de M. Delassus, qui, ayant méconnu la grossesse, enleva d'un bloc, le contenant et le contenu d'un utérus à terme dont l'on ne put qu'extraire ensuite un fœtus asphyxié.

Sans vouloir entrer dès à présent dans un parallèle qui serait d'autant plus difficile que l'accord est loin d'être établi à propos du traitement du fibrome avec une grossesse à terme, que la diversité des opinions est plus grande et que les modes de traitement sont plus nombreux, nous allons donner un aperçu des bénéfices que l'on peut retirer de l'hystérectomie totale après césarienne.

Nous ne parlerons plus de la bénignité relative des opérations transpéritonéales, c'est là un point commun avec les autres opérations abdominales que nous avons déjà étudiées dans notre deuxième chapitre.

Mais il est un point sur lequel nous tenons à revenir, c'est sur le reproche que l'on a fait à l'hystérectomie

totale de n'être pas assez rapide. L'expectation prolongée demandée par certains chirurgiens, mais justifiée jusqu'à un certain point cependant, par les surprises que l'on a au moment du travail, dans les dystocies fibreuses, cette expectation, dis-je, place la mère dans de bien moins bonnes conditions opératoires. En l'exposant à des hémorragies occasionnées, soit par un placenta prævia, soit par un décollement prématuré de ce placenta, soit même du fibrome, elle met la mère dans un état d'épuisement fort grand et d'anémie extrême : par conséquent, l'opération la plus rationnelle sera la plus rapide et celle où la perte de sang sera la plus infime. Peut-on, à vrai dire, soutenir que l'hystérectomie totale sera l'opération la plus sanguinaire ?

Il est certain que la section de la tranche vaginale ouvrira quelques artères qu'il faudra souvent lier avec difficulté. Mais, par contre, la facilité de l'hémostase et le drainage que l'on pourra faire par le vagin compenseront bien ces difficultés. Dans les *Annales de gynécologie*, 1903, M. Richelot dit, en effet : « On prétend que l'hystérectomie abdominale totale donne plus de sang que les autres interventions. Non, c'est une erreur si on limite le décollement des culs-de-sac au niveau de leur insertion utérine ; mais ce serait une faute d'aller couper très bas l'aparoï vaginale, car on trouverait à ce niveau des artères très nombreuses, qui n'existent pas au niveau de l'insertion supérieure du vagin. »

Dans son rapport à l'Association française de chirurgie, M. Ricard disait de même que l'hystérectomie totale à terme est plus facile et plus rapide que hors

de l'état de gravité, du fait de la laxité particulière des tissus.

M. Turner concluait de même et reconnaissait que la laxité et le ramollissement des tissus permettent de mieux attirer l'organe et de l'isoler plus facilement. « On a dit, rapporte M. Richelot, que l'hystérectomie supravaginale était plus rapide que l'hystérectomie totale. Ce reproche adressé est plutôt une question de dextérité opératoire et, toutes choses égales d'ailleurs, je crois qu'il n'y a pas à attacher à cela beaucoup d'importance. S'il y avait au point de vue technique, une différence notable entre les deux procédés, il faudrait choisir le plus sûr et ne pas tenir compte de cette éventualité. Mais les dangers et les difficultés attribués à l'hystérectomie totale ayant été exagérés, et les deux opérations étant voisines, la possibilité de la dégénérescence du moignon et des accidents infectieux du côté du pédicule entre en ligne de compte et devient un argument contre la résection incomplète. »

M. Richelot nous dit aussi : « S'il y a des difficultés opératoires imprévues et si l'opérateur n'est pas très sûr de lui, il vaut mieux tourner court et laisser un moignon que de compromettre les succès immédiats par la crainte d'accidents éloignés, problématiques. »

Si, en gynécologie, nous avons pu trouver quelques cas de dégénérescence maligne du moignon (cas de Bouilly, Ricard, Zweifel, Wehmer, Menge, Savor, Erlach, Schenk, Freund, Condamin, Noble, Murphy, Von Hacker), nous n'avons trouvé aucune dégénérescence cancéreuse après hystérectomie supravaginale faite à terme. Quoique le fait puisse se produire aussi

bien à terme qu'en gynécologie, n'ayant pas trouvé d'observations, nous ne nous occuperons pas de ce point qui sortirait du cadre de notre étude.

Cependant nous citerons le cas de M. Doleris (hystérectomie subtotale faite à terme) où un fibrome du moignon donna lieu à de si graves hémorragies que l'on dut en faire l'ablation par une seconde intervention.

MM. Pinard et Delagenière ont insisté sur la difficulté et parfois l'impossibilité que l'on éprouve à former le pédicule, quand la section tombe juste sur la région myomateuse, ce qui arrive malheureusement trop souvent dans les cas de dystocies par tumeurs fibreuses. Cette question se pose surtout dans les cas de fibromes du segment inférieur et dans quelques cas seulement de fibromes du col, puisque nombre de ces tumeurs évoluant du côté du vagin peuvent être enlevées avant le travail, soit par myomectomie vaginale, soit au moyen d'un écraseur (cas de Danyau, B. Hicks, Brancadoro).

Lorsque le fibrome siège dans une zone de tolérance (Turner) c'est-à-dire au fond de l'utérus ou au-dessus du segment inférieur, il est certain que l'hystérectomie totale n'a pas plus de droit, d'indications que les autres méthodes. Tel accoucheur emploiera le porro, tel autre la subtotale, tel autre enfin, redoutant le sphacèle du pédicule extrapéritonéal, ou les hémorragies et l'infection du moignon intrapéritonéal, préférera l'hystérectomie totale. Il n'y a là aucune indication, il ne peut y avoir que des préférences. Ces fibromes gênent d'ailleurs peu l'accouchement et, par conséquent, l'intervention sera plus rare.

Mais, généralement, c'est par les tumeurs du segment

inférieur et de la partie supérieure du col que les dystocies sont créées. Le grand inconvénient est alors de tailler le moignon en plein tissu pathologique et de laisser, au-dessous de la surface de section, des fibromes du col dont l'évolution ultérieure peut être la source de nouveaux accidents. Il serait imprudent de laisser un pédicule infiltré de masses fibromateuses, qui donneront lieu dans la suite à toutes les complications telles que hémorragies secondaires et suppurations, par conséquent péritonite localisée ou généralisée. La seule intervention rationnelle ne consiste donc qu'en l'extirpation totale de l'utérus.

Mais, dans le cas où le fibrome se trouve dans la zone de tolérance, s'il n'y a pas de modification pathologique du colet surtout si la femme est jeune, il vaudrait mieux avoir recours à l'hystérectomie subtotalaire afin d'éviter l'atréxie du canal vaginal. C'est là d'ailleurs un inconvénient de l'hystérectomie totale. « Ce principe, dit V. Bué, s'appliquerait aux primipares jeunes où des considérations d'ordre spécial, qui ne sont guère admissibles, guideraient l'opérateur dans le choix de tel ou tel procédé pour éviter l'atrophie du canal vaginal ». Sans dire, comme M. La Torre au dernier Congrès de chirurgie sous une forme assez naïve que la seule intervention raisonnable est la myomectomie, parce que l'utérus est utile, pour la femme, pour la famille, pour la société et pour la science, et qu'avec la restauration de l'utérus et la conservation des annexes, on respecte le pouvoir procréateur, on sauvegarde l'intérêt social et on fait par anticipation de la puériculture, il nous est permis cependant de dire que, chez

une femme jeune, les sentiments d'esthétique doivent intervenir et que l'on ne doit faire l'hystérectomie totale que si la myomectomie vaginale ou la subtotalaire sont contre-indiqués. Par contre, l'accoucheur doit envisager aussi la possibilité d'une nouvelle grossesse dans cet utérus fibromateux ou en puissance de dégénérescence fibreuse, et les résultats funestes et malheureux qui peuvent venir compliquer la nouvelle gestation, aussi ne doit-il pas se laisser aller aux sentiments trop esthétiques.

Pour ces fibromes M. Chandelux, dans le *Bulletin médical*, nous cite une variété où il s'est développé à la surface de la tumeur des sinus veineux très volumineux, très friables, et qui se déchirent au moindre contact. Les tumeurs utérines s'accompagnent toujours, en effet, d'une congestion qui sera d'autant plus forte qu'il y aura coïncidence de la grossesse. Dans sa thèse de Paris (1902), M. Dartigues reconnaît non seulement le développement de ces vaisseaux autour du fibrome, mais aussi à l'intérieur de ces tumeurs : si l'on ajoute à cela la béance des sinus utérins au terme de la gestation, on comprendra que dans ces cas l'énucléation de ces tumeurs et la formation du moignon ne sont pas supérieures comme hémostase à celle produite par la désinsertion des culs-de-sac vaginaux.

On voit donc que l'hystérectomie totale après césarienne joint, à l'heureuse terminaison de l'accouchement, la cure radicale du fibrome, cure radicale qui heureusement compense bien les difficultés relatives de cette intervention. C'est pourquoi, en 1897, à l'Académie de médecine, M. Pinard, partisan jus-

qu'alors de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique, déclare qu'il a modifié sa manière de faire et qu'il préfère maintenant l'hystérectomie abdominale totale, non seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires plus courtes, mais aussi parce qu'elle pourra suivre une opération césarienne.

Au congrès de Nantes (1901), M. Boursier disait ceci dans son rapport : « L'hystérectomie totale a le grand avantage de supprimer d'un seul coup tous les dangers inhérents au pédicule : elle facilite le drainage vaginal, elle permet d'assurer la fermeture exacte de la séreuse péritonéale ». « Mais le médecin dépourvu d'une éducation chirurgicale spéciale, appelé d'urgence auprès d'une parturiente que l'hystérectomie seule peut sauver devra recourir encore au classique Porro » (Vautrin et Schühl).

A quel moment doit-on intervenir ? Faut-il opérer avant le travail, mais à terme, ou bien faut-il attendre que le travail commence et qu'il soit bien prouvé que l'accouchement est impossible. Ainsi qu'on peut le remarquer dans notre statistique, la prolongation du travail coûta la vie à l'enfant dans deux cas, celui de Mouchet et de Vautrin. Aussi, à l'heure actuelle, les chirurgiens se rangent à l'opinion émise par M. Pinard : « On aura d'autant plus de chances de succès que l'on interviendra avant que la vitalité de l'enfant ait été compromise par la longueur du travail ». MM. Pozzi, Legueu, Labadie-Lagrave, Turner, Drouhart, Vautrin préfèrent opérer le plus près possible du terme, mais avant le terme. C'est pour cette raison que l'on a laissé

de côté l'avis émis par M. Eustache, à savoir que l'indication de l'intervention chirurgicale n'existe que si l'état de la mère s'altère et si la fièvre se déclare.

L'hystérectomie abdominale totale est donc à cette époque définitivement entrée dans le domaine de l'obstétrique, non seulement pour le cancer de l'utérus, où elle a la préférence sur les autres méthodes, mais aussi pour les fibromes. Sa principale indication est d'être la meilleure et la seule méthode pour le traitement des humeurs du segment inférieur et du col. Aussi, l'on voit des défenseurs de Porro comme M. Schwartz et M. Delagenière se déclarer partisans de l'hystérectomie totale si le col n'est pas intact.

L'extirpation totale de l'utérus après césarienne est donc une opération qui satisfait au plus haut degré le sens chirurgical, puisque l'on fait sur la mère une intervention dont la gravité n'est pas considérable et que l'on supprime du même coup l'organe malade après en avoir extrait le produit de conception. C'est pourquoi, MM. Vautrin et Schühl nous disent : « La substitution de l'hystérectomie totale au Porro ou à ses dérivés a déjà eu un salubre effet qui ne fera que s'accroître à l'avenir. Il est temps que la légende des multiples contre-indications opératoires pendant la grossesse ou le travail prenne fin. »

OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIES TOTALES APRÈS CÉSARIENNE POUR FIBROMES

Le nombre des interventions faites à terme ne nous permet pas d'en donner un aperçu dans cette thèse.

Dix cas sont relatés dans la thèse de Lucas (Paris, 1900).

Ce sont ceux de Fristch, Guermonprez (1895). Varnier et Delbet (1896). Mouchet (1897). Riépi (1897). Gutteriez (2) (1898). Boldt (1898). Vautrin et Schühl (1899). Delassus (1899).

Turner (Paris, 1900) rapporte dans sa thèse les faits de Landau (1890). Smyly (1894). Macks (1894). Douglas (1896). Jewet (1897). Wertheim (1899).

Dans la thèse de Drouart, on trouve une observation de Dowmann (1895).

Nous ne rapporterons que les observations qui n'ont été rapportées que dans des revues médicales et que celles qui nous ont été transmises obligeamment par M. le professeur Vautrin.

VAUTRIN, 1900, Nancy.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vautrin.)

Hystérectomie abdominale totale faite à terme pour fibrome.

Femme âgée de trente-cinq ans, amenée de ville parce que l'accouchement était impossible, et que le travail n'aboutissait pas. La femme était exténuée. A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal n'existaient plus. L'enfant qui était vivant avant l'accouchement, avait succombé pendant le travail. Il n'y avait là aucune indication à faire la césarienne. M. Vautrin fit l'hystérectomie abdominale totale avec la plus grande facilité.

Les suites furent simples malgré quelques phénomènes fébriles dans les jours qui suivirent.

On reconnut sur la pièce anatomique l'existence d'un fibrome dans la zone inférieure de l'utérus.

RUDAUX, 4 juillet 1900.

(Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie,
Paris, 1900.)

*Césarienne et hystérectomie totale faite pour fibrome enclavé
dans l'excavation.*

Femme de vingt-huit ans chez laquelle on fait le diagnostic de grossesse et de fibrome de l'utérus. Au cinquième mois, le fibrome, inséré sur la face postérieure, produit une rétroversion qui est réduite. Aux approches du terme, le fibrome retombe en arrière et s'enclave dans le cul-de-sac de Douglas. Malgré les tentatives de réduction, la rétroversion subsiste et le fibrome remplit l'excavation.

Au début du travail, M. Rudaux a recours à la césarienne, il extrait un fœtus de 2700 grammes bien portant qui crie aussitôt. Il fait suivre cette intervention de l'hystérectomie abdominale totale.

Les suites opératoires furent très bonnes.

EUSTACHE, Lille, 1900.

(*Annales de gynécologie*, 1900.)

*Hystérectomie abdominale totale dans un cas de dystocie
par fibrome utérin.*

Femme atteinte de dégénérescence fibromateuse énorme de l'utérus, qui se complique d'une grossesse à terme. Le travail est commencé depuis quelques jours et les contractions utérines deviennent de moins en moins nombreuses. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus. En présence des accidents infectieux qui se déclarent, M. Eustache recourut de propos délibéré à l'hystérectomie abdominale totale.

L'enfant était mort et macéré.

Les suites opératoires furent simples pour la mère.

VAUTRIN, Nancy, 1902.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Vautrin.)

Césarienne et hystérectomie abdominale totale faite à terme.

Primipare de vingt-neuf ans, à terme, chez laquelle l'accouchement était rendu impossible par un volumineux fibrome enclavé dans le bassin.

M. Vautrin fait d'abord une césarienne et extrait un enfant bien portant.

Puis il enlève ensuite rapidement l'utérus par l'hystérectomie abdominale totale.

Bons résultats pour la mère et l'enfant.

Guérison parfaite de la mère.

CHAPITRE IV

PARALLÈLE DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS POSSIBLES APRÈS CÉSARIENNE DANS LES CANCERS ET FIBROMES DE L'UTÉRUS

Cancers

« Je crois, disait M. Bouilly, qu'il faut se laisser guider par ce principe : Une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue quelle que soit la conduite tenue, il n'y a qu'un facteur intéressant, c'est l'enfant. La conduite à tenir se résume donc dans l'abandon de la mère en faveur de l'enfant. » Mais lorsqu'on aura extrait l'enfant par une césarienne, quelle doit être la conduite de l'accoucheur ? Deux cas se posent bien nettement. Ou bien ce cancer a envahi tout l'étage inférieur, les ganglions, les ligaments larges, peut-être même l'uretère et le bas fond de la vessie, ou bien il est encore suffisamment limité à l'utérus.

Il est évident que, dans le premier cas, ce serait de la folie de faire une intervention quelle qu'elle soit, car on serait obligé de faire un évidemment complet de la cavité pelvienne sans que, toutefois, il y ait le moindre résultat pour la mère. Il est d'ailleurs probable que, dans ce cas, la femme épuisée par l'évolution de sa grossesse et peut-être par des hémorragies antérieures

et anémiée par son cancer, ne pourrait supporter le shock opératoire. Ce serait lui enlever le peu de survie qu'elle est en droit d'espérer. Du moment que l'on fait une opération incomplète, il vaut mieux s'abstenir. Après avoir extrait l'enfant, la seule indication est de suturer l'utérus et laisser à la nature le soin de prolonger la vie bien précaire de cette femme. On se bornera donc à combattre les sécrétions fétides par des lavages chauds et à calmer la douleur par la morphine.

Tout autre doit être la conduite de l'accoucheur, si le cancer ne s'est pas encore généralisé aux organes voisins. Après avoir accompli la première partie de sa tâche, c'est-à-dire l'extraction du fœtus, le devoir du chirurgien est de faire une opération qui sera une cure plus ou moins radicale de ce néoplasme. A l'heure où l'essor de la chirurgie est si étendu, différentes interventions ont été préconisées, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. Nous allons les passer en revue en donnant les indications particulières à chacune.

Méthode de Dürhsen ou césaro-hystérectomie vaginale. — C'est la méthode allemande préconisée par Dürhsen, afin d'éviter d'attaquer l'utérus par une intervention transpéritonéale. Pratiquée par M. Accouci, le 4 juillet 1895 et par Dürhsen, le 24 avril 1894, elle trouve, dit Alessandro, sa principale indication dans les sténoses du col.

Maygrier en donne la technique suivante : « On commence par enlever la masse cancéreuse. On ouvre les culs-de-sac et on décolle la vessie en ayant soin de

suturer le péritoine aux parois antérieure et postérieure du vagin. Après avoir extrait le fœtus par une incision médiane et ligaturé les ligaments larges, l'utérus est extirpé en totalité avec le placenta. »

Cette méthode, propre aux accoucheurs allemands et à quelques chirurgiens italiens, n'a pas encore reçu sa consécration en France. Dans les *Annales de gynécologie* 1889, M. Michellini, de Gênes, se déclare partisan de la méthode de Dürhsen, car pour l'extirpation abdominale totale, la statistique d'Hernandez donne six morts sur six cas.

Dans le *Centralblatt für Gynecologie*, nov. 1902, M. Weber, de Saint-Petersbourg, donnait la statistique suivante ;

Mères	Enfants
—	—
14 Cas. 2 morts (Accouci-Suffart)	5 morts
Mortalité maternelle 14.4 %	fœtale de 35 %

« L'opération de Dürhsen, disait M. Weber, doit avoir la préférence sur les autres méthodes, non seulement parce que l'on n'a pas à ouvrir le péritoine et que, par conséquent, l'on n'a pas à craindre les blessures de la vessie et de l'intestin, mais aussi parce que l'on diminue le schock opératoire. Cette hystérectomie totale après césarienne vaginale est facilitée par la distension du vagin et des ligaments larges qui permet d'attirer facilement l'utérus à la vulve. » M. Mittmaier disait de même que, l'extirpation de l'utérus par le vagin, le dernier cri du perfectionnement des interventions sur l'utérus, est la seule opération rationnelle. Tel est aussi l'avis de MM. Ruhl, Olshausen, Fehling, Vinter et Hegar.

Cette opération n'ayant pas encore été faite à terme en France, les faits provenant d'Allemagne et d'Italie sont encore trop peu nombreux pour qu'il nous soit possible d'établir une comparaison bien justifiée. Cependant, il nous est permis de dire que la crainte de l'infection péritonéale n'est plus à redouter comme autrefois. Les accoucheurs allemands reprochent aux hystérectomies abdominales les blessures possibles de la vessie et de l'intestin; mais ne serait-il donc pas plus facile de blesser la vessie et les uretères dans la césarienne vaginale?

On connaît le peu de laxité du tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus, on connaît la difficulté que l'on a à se frayer une voie dans cette atmosphère cellulograissee vésico-utérine. Aussi, les difficultés sont bien plus grandes que Weber veut bien le dire. Après une hystérectomie totale vaginale, l'hémostase ne peut se faire qu'en laissant des pinces à demeure dans le vagin.

Or, qu'y a-t-il de plus gênant et de plus douloureux que cela? Dans son rapport au Congrès de chirurgie, M. Ricard, parlant de l'hystérectomie vaginale, disait que la grande difficulté de cette opération réside dans l'absence de réunion par première intention et l'insuffisance de réfection pelvienne. Cette intervention qui, au début de la grossesse ou hors de l'état de gravidité, peut donner de bons résultats, ne paraît pas acceptable quand la grossesse est à terme. Maygrier dit, en effet, « que l'hystérectomie vaginale totale, au quatrième mois, est discutable; mais, au terme de la grossesse, il faut faire l'opération césarienne et profiter de

l'incision abdominale pour faire une intervention qui sera une cure du cancer. »

Opération de Olshausen ou méthode abdo-mino-vaginale. — En présence des difficultés que l'on trouve dans l'ablation vaginale de l'utérus et dans la césarienne vaginale, quelques auteurs, avec M. Mangiagalli et M. Spencer-Wells, ont cherché une solution du problème dans des opérations qui sont à la fois abdominale et vaginale. On extrait le fœtus par une incision césarienne abdominale, puis l'on fait une suture provisoire de l'utérus. Après avoir suturé l'abdomen, on enlève l'utérus par le vagin et l'on établit un drainage entre le péritoine et le vagin.

La première opération a été faite le 21 octobre 1881, par M. Spencer-Wells ; elle est aussi appelée opération de M. Bardenheuer, parce que c'est ce chirurgien qui en régla la technique. MM. Jacobs et Rouffart sont restés partisans de cette méthode.

Les observations en sont peu nombreuses, aussi est-il difficile d'en parler convenablement ; mais, il semble que cette méthode a les inconvénients de chacune de ces deux méthodes sans en avoir les avantages. Etant donné que l'on fait, au début, une intervention trans-péritonéale, il est bien plus indiqué de la terminer par voie abdominale que d'aller faire aveuglément une nouvelle opération vaginale, puisque l'on a beaucoup plus de chances ainsi de favoriser l'infection.

Opération césarienne conservatrice. — La seule intervention qui paraisse rationnelle est la césa-

rienne abdominale avec hystérectomie. Nous ne dirons que quelques mots de la césarienne conservatrice qui, d'ailleurs, maintenant, est abandonnée dans les cancers limités de l'utérus.

La difficulté que l'on a à suturer une paroi infiltrée par la dégénérescence cancéreuse, la généralisation du cancer aux points de suture, la possibilité de septicémie par rétention des lochies qui ne peuvent s'écouler à travers un col rétréci, et les hémorragies secondaires, ont fait laisser de côté cette opération qui n'est que palliative et incomplète. Les résultats ne sont d'ailleurs pas bien satisfaisants, si nous nous reportons aux statistiques de M. Bar et de M. Gailly.

Bar : Césarienne conservatrice, 13 cas,	9 morts	} 12 enfants
Porro 1 —	1 mort	
Gailly : Césarienne conservatrice, 4 cas,	3 morts	} 3 enfants
Porro 3 —	2 —	
		} vivants

En réunissant ces deux statistiques, nous trouvons :

Césarienne conservatrice	17 cas	12 morts	70 pour 100
Porro	4 —	3 —	75 —

Puisque le cancer est encore opérable et que tout retard diminue les chances de salut pour la mère, il vaut mieux faire d'une pierre deux coups et ajouter à la césarienne une opération plus complète, qui s'attaquera plus efficacement au cancer. La césarienne conservatrice ne doit donc être réservée qu'aux cas où la généralisation est tellement avancée qu'elle a envahi les ligaments larges et les autres organes de la cavité pelvienne. Dans ces cas, toute opération qui voudrait être curative ne pourrait qu'abrégier la vie de la mère.

On peut donc en conclure qu'après avoir extrait l'enfant, il faut enlever l'organe dégénéré ; deux procédés restent en présence : ou bien l'amputation utéro-ovarique, ou bien l'ablation complète. Nous allons les examiner.

Opération de Porro ou amputation utéro-ovarique. — C'est de propos délibéré qu'en 1876 M. Porro pratiqua, pour la première fois, l'ablation partielle de l'utérus, pour obvier aux inconvénients multiples de la césarienne conservatrice. Cette opération qui, pendant longtemps, a joui d'une grande vogue et qui, à l'heure actuelle, compte encore de nombreux partisans, avec raison d'ailleurs, trouve ses principales indications dans les rétrécissements du bassin et dans les ruptures utérines. Elle eut l'heureux effet de diminuer de beaucoup la mortalité des césariennes conservatrices. C'est pourquoi, en 1879, M. Fochier disait que cette modification, ce supplément de la section césarienne s'impose comme règle formelle. La technique n'en diffère qu'après l'extraction du fœtus. Au lieu de suturer l'utérus, on applique un lien élastique sur le col, au-dessus du segment inférieur, puis, l'on fixe le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale, de manière à éviter l'épanchement intrapéritonéal du contenu utérin ; on sectionne l'utérus au-dessus du lien, on l'enlève en même temps que les annexes et on fixe le moignon à la paroi abdominale au moyen de deux broches. C'est là le traitement extra-péritonéal du pédicule. Après avoir cautérisé le moignon au thermocautère ou au chlorure de zinc, on

le laisse se sphacéler, ce qui demande une quinzaine de jours. L'ouverture ainsi créée se comble par bourgeonnement.

M. Schœffer, Lepage, Draghiesco, Christian et Potocki sont partisans de ce traitement.

M. Truzzi, élève de M. Porro, a publié en 1890 une statistique portant sur 56 Porro pratiqués en Italie, de 1884 à 1889. Il y eut 19 morts, c'est-à-dire une mortalité de 39,9 pour 100. M. Breisky, sur onze cas, n'eut aucun insuccès.

A la Société d'obstétrique, en 1895, M. Demelin nous donne une statistique de 55 Porro ; il trouve une mortalité maternelle de 23 pour 100 et une mortalité fœtale de 50 pour 100,

M. Maygrier nous cite les statistiques suivantes :

Pestalozza	50 pour 100.
Appelsfeldt	20 —

Avec les statistiques de M. Bar et de M. Gailly nous avons une mortalité de 75 pour 100, mortalité d'ailleurs un peu forte puisqu'elle ne porte que sur 4 cas.

Le pronostic s'améliora avec les progrès de l'antisepsie et, en 1900, la mortalité maternelle n'est plus que de 16 pour 100.

L'opération de Porro devait sa grande vogue à la rapidité et à la facilité de son exécution, ainsi qu'à l'hémostase beaucoup moins délicate que dans l'hystérectomie totale. Mais, si le Porro trouve ses indications dans les rétrécissements cicatriciels ou dans quelques cas de dystocies fibreuses, il n'en est pas de même pour le cancer.

Lorsque le cancer a débuté par le col ou bien s'il a envahi ce col, il est évident que le Porro est irrationnel ; on enlève, en effet, les parties plus ou moins saines de l'utérus et on laisse en place les tissus dégénérés. En admettant même que la dégénérescence cancéreuse n'ait pas encore envahi le col, mais simplement le segment inférieur, la communication des lymphatiques n'est-elle pas suffisante pour propager rapidement l'élément cancéreux au moignon et au vagin ?

Mais la grande difficulté est de constituer ce pédicule externe. Lorsque le col est infiltré de masses néoplasiques et qu'il est ramolli par l'évolution de la grossesse, où doit-on placer le lien élastique ? Quelle doit être la limite de ce moignon ? Ce serait assez difficile à dire. La délimitation de ce pédicule à travers une masse bourgeonnante, non seulement est difficile, mais même impossible. Il serait, dans ce cas, bien à craindre que la suture à la paroi abdominale par les broches, ne dilacère le tissu dégénéré et que le pédicule retombe dans la cavité pelvienne.

Que l'on ajoute à cela la possibilité d'infection par les produits qui peuvent se déverser dans la cavité pelvienne, si l'on ajoute les accidents du sphacèle et l'on aura la preuve de la supériorité de l'hystérectomie totale à terme dans les cancers.

Il est certain que l'hémostase de cette dernière intervention est plus longue à obtenir et que quelquefois il y a des hémorragies de la tranche vaginale ; mais si l'on veut comparer les dangers inhérents au pédicule, la possibilité d'une suppuration avec scepti-

cémie et d'hémorragies secondaires graves, on verra que le danger n'est pas plus grand dans l'hystérectomie totale, peut-être moins, puisque dans ce cas l'hémostase sera facile à refaire, tandis que dans le Porro on sera obligé de faire sauter les sutures abdominales pour drainer la cavité pelvienne et souvent aussi pour faire l'ablation complète du moignon.

Cependant, étant donnée la rapidité un peu plus grande et l'hémostase moins longue du Porro, cette intervention sera indiquée dans les cas qui demandent une perte de sang plus minime, c'est-à-dire dans les cas où les hémorragies antérieures, où le développement du cancer et où l'expectation malheureusement trop prolongée, auront mis la mère dans un état d'anémie extrême. C'est là l'indication la plus spéciale du Porro à terme dans les cancers de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale. — Cette ablation de l'utérus peut se faire par différents procédés, suivant que l'on ouvre le vagin par les culs-de-sac antérieurs, postérieurs ou latéraux. Chaque procédé correspond à des indications plus ou moins particulières à chacun d'eux. Nous ne les décrirons pas ici. Mais nous tenons à dire que, quelle que soit la méthode employée, les avantages et les indications de l'hystérectomie abdominale totale ne changent pas.

Nous pouvons donc dire avec M. Richelot que, dans les cas de cancers opérables, l'hystérectomie totale doit être adoptée d'une façon générale; elle seule permet de donner à la mère des chances de guérison durable, en n'étant pas une intervention incomplète et inachevée.

Les différents confirmés par les différentes statistiques sont excellents. Elle est le meilleur traitement du cancer, mais sa principale indication est le cancer du col.

Dès lors, pourquoi ne pourrions-nous pas dire avec M. Ricard : « Dans le cancer limité de l'utérus, l'hystérectomie abdominale totale a son maximum d'indications, car elle présente son maximum d'innocuité, son maximum de facilité et donne les chances maxima de la cure radicale du cancer. »

Fibromes de l'utérus.

Les indications de l'hystérectomie totale après césarienne pour les fibromes, sont bien moins spéciales que pour les cancers de l'utérus. Cela tient d'abord aux nombreuses méthodes employées, mais cela tient aussi à la bénignité de ces tumeurs qui n'ont pas une marche envahissante comme le cancer, ce qui permet souvent des énucléations sans crainte de récurrence.

Pour cette étude, nous avons à distinguer, suivant leur position, deux sortes de fibromes, ceux du col et ceux du corps. Les seconds ne nous intéressent que très peu, puisqu'ils gênent très rarement l'accouchement, à moins, toutefois, qu'un volumineux fibrome vienne s'enclaver dans le cul-de-sac de Douglas et occuper l'excavation. Dans ce cas, d'ailleurs, l'hystérectomie totale n'aurait pas plus d'indications que les autres hystérectomies.

Quant au premier groupe, il comprend les tumeurs du segment inférieur et les tumeurs du col. C'est là que

nous trouvons généralement les causes de dystocies. « Le fibrome du col est, dit M. Turner, la bonde de l'utérus qui retient dans la cavité le produit de conception. »

M. Dartigues distingue dans sa thèse les fibromes à évolution vaginale, c'est-à-dire les tumeurs pédiculées, sessiles, qui apparaissent dans le vagin à travers le col, et les fibromes à évolution pelvienne. C'est ce groupe qui nous intéressera surtout, puisque c'est là que nous trouvons une des indications de l'hystérectomie totale.

Fibromes à évolution vaginale. Excision. —

A cette classe appartiennent les polypes et les tumeurs pédiculées du col ou du segment inférieur. S'il est permis dans les autres fibromes du col, à la suite du ramollissement de cette tumeur, d'espérer un déplacement vers en haut, déplacement qui permettra un accouchement spontané, alors que l'on craignait une dystocie, il n'en est pas de même pour ce genre de tumeurs.

Par suite de la pression des parties fœtales sur le col de l'utérus, ces tumeurs sessiles s'engagent dans le col et même, si le pédicule est assez long, elles font saillie dans le vagin. On comprend donc que, dans ces cas, il n'y aura là aucun empêchement à l'accouchement spontané. Le fœtus, dans sa descente à travers la filière pelvi-génitale, repoussera en effet devant lui la tumeur, l'amènera peut-être jusqu'à la vulve et pourra néanmoins être extrait facilement.

Souvent aussi le pédicule se rompt et la femme

accouche alors en même temps de son fibrome et de son enfant.

Mais si cette tumeur gênait en quoi que ce soit la descente, il suffirait d'en faire une simple torsion ou une excision avec ligature et l'accouchement suivrait son cours.

Myomectomie vaginale. — En 1882, M. Chalsbaziau rapportant dans sa thèse 12 observations de myomectomie vaginale avec une seule mort donnait, comme indication spéciale de cette opération, les tumeurs fibreuses interstitielles des lèvres du col. Ce sont des tumeurs qui, sans faire une saillie bien nette du côté du vagin, peuvent être facilement diagnostiquées au toucher dans les culs-de-sac vaginaux. Elles peuvent acquérir cependant un volume assez grand, puisque, dans un cas, M. Danyau dut couper la tumeur en deux pour l'extraire, et terminer l'accouchement par une version.

Cette opération consiste à inciser la partie la plus saillante de la tumeur, et à l'énucléer après en avoir écarté les lèvres. Préconisée par MM. Danyau, M. B. Hicks, Mundé, elle fut faite en 1897, par M. le professeur Fochier, pour un fibrome sous-muqueux du segment inférieur. L'accouchement fut terminé par une version.

Il est certain que la myomectomie vaginale a donné jusqu'à ce jour de bons résultats pour le groupe de tumeurs qui lui est propre. M. Mundé rapporte une statistique de 16 cas avec 2 morts ; la mortalité est donc de 13 pour 100. Mais cette méthode a deux inconvé-

nients. C'est d'abord de donner lieu à des hémorragies. M. Dartigues nous dit, en effet, que les tumeurs utérines sont vasculaires, et qu'elles s'accompagnent d'une congestion intense autour de leur implantation. L'énucléation produira un suintement sanguin qui n'est pas toujours facile à arrêter. Il est de plus bien difficile de délimiter la tumeur quand le col est ramolli.

Cependant, malgré cela, la myomectomie est un excellent procédé pour ces tumeurs à évolution vaginale, à moins toutefois que d'autres masses fibromateuses aient envahi la totalité de l'utérus. L'indication se poserait alors de discuter la possibilité d'une hystérectomie totale. L'énucléation peut d'ailleurs devenir impossible, si le col est garni de tumeurs fibreuses et qu'il y ait un véritable rétrécissement utérin. Dans ce cas, il faudrait avoir recours à l'hystérectomie totale.

Lorsqu'il est absolument impossible d'obtenir une dilatation suffisante du col utérin et que le fœtus ne peut être extrait par les voies naturelles, il faut agir promptement et sauver l'enfant par la césarienne abdominale. Après avoir extrait l'enfant, quelle est la conduite à tenir ?

Les procédés sont nombreux : ils ont chacun leurs indications mais l'on peut dire qu'aucun ne satisfait complètement le but à remplir.

Césarienne conservatrice. — La césarienne conservatrice est, à l'heure actuelle, bien laissée dans l'oubli aussi bien pour fibromes que pour cancer. On dirait que cette opération n'ait pas bénéficié des

avantages toujours croissants de l'antisepsie. Quoique l'on ait voulu mettre ses résultats déplorables sur le compte de l'épuisement de la malade par prolongation du travail, sur l'antisepsie incomplète nécessitée par la rapidité avec laquelle on doit agir, il ne semble pas qu'on puisse la préconiser.

Si nous nous reportons à la statistique de M. Lefour :

27 cas. 23 femmes mortes.

nous trouvons une mortalité de 82 pour 100.

M. Theilhaber donne une mortalité de 60 pour 100.

Une thèse plus récente, celle de M. Turner, nous rapporte 14 cas de césarienne conservatrice avec une mortalité de 21,5 pour 100. Ce pourcentage élevé de la mortalité tient d'abord aux hémorragies, soit primitives, soit secondaires qui se produisent au niveau de la section : elles nécessitent souvent des tamponnements intrapéritonéaux et même quelquefois l'ablation de l'organe. Mais il tient aussi aux complications infectieuses occasionnées par le relâchement des sutures et par le passage des lochies fétides dans la cavité pelvienne.

Le grand inconvénient est, sans contredit, de ne pas faire d'intervention au profit de la mère. Puisque la mortalité est supérieure à celle des hystérectomies, pourquoi ne débarrasserait-on pas la mère de tumeurs qui peuvent se sphacéler ou suppurer et déterminer dans la suite des phénomènes de septicémies. Les hémorragies qui accompagnent généralement ces fibromes et la possibilité d'une nouvelle grossesse seront

encore des indications en faveur d'une opération plus complète.

Césarienne conservatrice avec myomectomie.

— Quelques auteurs avec Montprofit ont voulu faire suivre cette césarienne conservatrice d'une intervention qui supprimerait également la cause de la dystocie. Leur but est de diminuer les accidents postopératoires que peut causer le fibrome.

Si le fibrome siège dans la zone de tolérance de l'utérus, s'il est unique, s'il est pédiculé, l'énucléation est possible et c'est déjà un avantage sur la césarienne conservatrice. Mais pour les fibromes du segment inférieur ou du col, qui souvent sont multiples, la difficulté est plus grande. D'ailleurs, cette énucléation anticipant sur l'épaisseur de la tunique musculaire, il est à craindre que l'évolution d'une nouvelle grossesse ne provoque à cet endroit une rupture utérine. Cette opération ne supprime pas les inconvénients de la césarienne conservatrice, hémorragies et infection. Le seul avantage qu'elle puisse présenter est de conserver l'utérus chez une femme jeune encore, avantage qui, d'ailleurs, ne compense pas les dangers courus par la mère.

Opération de Porro. — Pour obvier aux dangers et aux inconvénients de la césarienne conservatrice, Porro fit son amputation utéro-ovarique. Son but était de faire une intervention qui sauverait l'enfant et serait une cure radicale du fibrome. Les débuts de cette opération ne furent pas heureux, ainsi que le rapporte M. Pestalozza dans sa statistique :

21 cas. . . . 12 morts mortalité. . . 57 o/o

De même que les autres opérations abdominales, elle bénéficia des progrès de l'antisepsie. La léthalité devint moindre, et M. Appelsfeldt ne trouve plus qu'une mortalité de 20 pour 100.

En 1897, M. Maygrier comparant les opérations faites à terme pour dystocies par fibromes, donne la statistique suivante :

Césarienne conservatrice	50 pour 100
Porro.	20 —
Hystérectomie.	0 —

En 1896, M. Segueineau a réuni 11 cas de Porro dont une seule mort.

En 1900, M. Gross relate dans sa thèse une statistique, incomplète d'ailleurs, de 13 cas de Porro faits à terme, et ne trouve qu'une mortalité de 7,8 pour 100.

M. Turner, en 1900, nous fournit cette statistique :

	Mère	Enfant
Hystérectomie totale 13 cas	3 morts 23 o/o	4 morts 30 o/o
Porro 17 cas	1 mort 6 o/o	6 — 35 o/o

M. V. Bué, réunissant 21 cas d'amputation utéro-ovarique, ne trouve que 2 morts, c'est-à-dire 9 pour 100.

On voit, d'après ces résultats, que la supériorité de cette opération sur la césarienne conservatrice est incontestable.

Aussi, n'est-il pas étonnant que M. le professeur Fochier ait dit, en 1879, que le Porro était le seul mode raisonnable de terminer une césarienne. Elle supprime

en effet, les hémorragies de la section interne, elle diminue les chances d'infection ; de plus, elle s'attaque utilement à la cause de dystocie. Aussi, devons-nous nous demander si elle est supérieure à l'hystérectomie totale.

Lorsque le fibrome siège à la partie supérieure de l'utérus et qu'il est nettement reconnu que le col n'est pas atteint, il est certain que le Porro a autant, sinon plus, d'indications que l'hystérectomie totale, parce qu'il est plus facile.

Le temps employé à faire l'hémostase dans l'hystérectomie totale étant sensiblement égal au temps nécessaire à la fixation du moignon à la paroi abdominale, il n'est pas permis de dire que la première soit plus rapide que la seconde. Si l'on a pu reprocher à l'opération de Freund les hémorragies de la tranche vaginale, on supprime par ce procédé les dangers inhérents au pédicule, les hémorragies secondaires dues au sphacèle, les infections de ce moignon et enfin une longue immobilisation au lit de la malade. Dans la thèse de Segueineau, M. Pollosson admet que le Porro peut se compliquer d'hystérectomie totale : car au moindre soupçon d'hémorragie et d'infection, on peut faire sauter les sutures et faire l'ablation du moignon. On peut donc en conclure que, dans ces fibromes de l'utérus, le Porro et l'hystérectomie totale ont chacune leurs partisans sans qu'il y ait une différence bien sensible et une supériorité bien marquée au profit de l'une ou de l'autre.

Il n'en est pas de même pour les fibromes du segment inférieur et surtout du col. Dans ce cas, l'utérus

se trouve divisé en deux parties, l'une supérieure qui est saine, l'autre inférieure dégénérée. Or, l'on supprime justement dans le Porro la partie supérieure de l'utérus. Il est incontestable que, dans ces cas, l'amputation utéro-ovarique ne puisse être faite. La formation du moignon est souvent rendue difficile, par l'obligation où l'on est de tailler en plein tissu pathologique d'autre part, dans ce cas l'hémostase est très compliquée, et le glissement des sutures peut donner lieu à de graves hémorragies. L'hystérectomie totale, peut-être plus délicate que le Porro, a l'avantage incontestable d'éviter les dangers du sphacèle, par conséquent elle est supérieure à l'amputation utéro-ovarique dans les fibromes du col.

Hystérectomie subtotale. — Nous ne dirons que quelques mots de cette opération qui a donné d'assez bons résultats pendant la grossesse, mais qui n'a pas été encore bien employée en obstétrique.

Cette opération consiste à faire porter la section utérine à 1 cm. 5 au-dessus de l'insertion vaginale et à reconstituer le plancher pelvien par un lambeau péritonéal antérieur et postérieur que l'on suture ensuite.

Ce qui a fait en gynécologie le succès de cette opération, c'est la non-indication d'ouvrir le vagin. Il est curieux en effet d'entendre Legueu dire que, dans les dystocies, l'intervention doit être tellement rapide que l'on n'a pas le temps de désinfecter le vagin. La possibilité de cette infection par le vagin oblige l'opérateur à faire l'hystérectomie subtotale de pré-

férence à l'hystérectomie totale. Si cette ouverture du vagin peut être une source d'infection, elle nous permet aussi de faire le drainage du paramétrium. En supprimant le pédicule, l'hystérectomie totale a l'avantage de supprimer les accidents post-opératoires dont ce pédicule peut être la source et, par conséquent, elle évitera de faire une nouvelle intervention plus tard si la portion sus-vaginale du col vient à saigner ou à s'infecter.

Nous avons donné là un aperçu assez sommaire des diverses opérations pouvant être faites à terme pour les fibromes après césarienne. Aucune ne satisfait amplement l'esprit, c'est pour cela que les divergences sont si grandes. Mais chacune d'elles a ses indications particulières : tandis que la myomectomie vaginale aura son utilité dans les fibromes à évolution vaginale, tandis que le Porro pourra être fait dans les fibromes du fond de l'utérus et dans les cas où la femme sera anémiée, l'hystérectomie abdominale totale trouve sa principale indication dans les fibromes du segment inférieur et surtout dans ceux du col. Suivant la forme et les rapports de la tumeur, l'envahissement de telle ou telle région, le chirurgien doit savoir choisir entre les procédés et adopter celui qui convient le mieux au cas particulier.

CONCLUSIONS

A. Cancers.

I. Il faut laisser évoluer la grossesse à terme et opérer le plus près possible du neuvième mois ou au début du travail. Le devoir de l'accoucheur est de ne pas attendre que la femme soit épuisée par la prolongation du travail.

II. Quand le cancer est inopérable et que l'accouchement spontané est matériellement impossible, la seule opération rationnelle est la césarienne conservatrice, sans grands résultats, d'ailleurs.

III. Quand la femme est dans un état d'anémie extrême consécutive à l'évolution de son cancer et de la grossesse ou à des hémorragies antérieures, le Porro étant l'opération la plus hâtive, devra être employé de préférence.

IV. Dans tous les autres cas, on devra recourir à l'hystérectomie abdominale totale après césarienne, car elle joint, à l'heureuse terminaison de la grossesse, la possibilité de donner à la mère des chances de guérison durable.

V. La principale indication de l'hystérectomie abdominale totale après césarienne se trouve pour les cancers du col.

B. Fibromes.

I. Dans les polypes ou les fibromes pédiculés du col, l'excision avant le travail est la règle générale.

II. Dans les fibromes du col à évolution vaginale, l'énucléation par le vagin peut être faite avant le travail; mais il faut redouter les hémorragies.

III. Dans les fibromes du fond de l'utérus qui produisent une dystocie fibreuse par rétroversion et enclavement, l'hystérectomie totale a autant d'indications que le Porro et l'hystérectomie subtotale. L'opérateur ne peut qu'employer le procédé qu'il préfère.

IV. Dans les fibromes du collet du segment inférieur, la césarienne conservatrice est irrationnelle : elle est très dangereuse et incomplète, car elle ne dispense pas la femme d'une opération ultérieure.

V. Dans les fibromes du segment inférieur et du col, source principale des dystocies molles, on ne saurait trop recommander l'hystérectomie totale, dont les quelques difficultés opératoires sont une large compensation des dangers inhérents au moignon.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
SOULIER

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR
HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 mars 1904.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GABRIEL COMPAYRE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DROUHART, Hystérectomie abdominale totale pendant grossesse et accouchement (th. Nancy, 1901).
- LUCAS, Hystérectomie abdominale totale dans fibromes avec grossesse (th. Paris, 1900).
- BOSCHE, De la césarienne conservatrice (th. Paris, 1897).
- TURNER, Chirurgie des fibromes gravidiques (th. Paris, 1900).
- BOURSIER, Congrès de Nantes, 1901.
- LEPAGE, Compte rendu de la Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie, Paris, janvier 1901.
- VAUTRIN et SCHUHL, Obstétrique, mars 1899.
- DELANGLADE, Annales de gynécologie, p. 270, 1901.
- RUDAUX, Société d'obstétrique, Paris, 1900.
- LEGUEU, Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, janvier, 1901.
- GROSS, (th. Paris, 1902).
- MEHEUT, th. Paris, 1902.
- RICHELOT, Annales de gynécologie, 1903.
- GRÉENE CUNSTON, Americ Journal of obstetric, juin 1901.
- PINARD, VARNIER, SCHWARTZ, Compte rendu de la Société de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Paris, 1901.
- SEGUINEAU, th. Lyon, 1902.
- GAILLY, th. Lyon, 1902.
- PINARD, Académie de médecine, 1897.
- DARTIGUES. th. 1901.
- POZZI, LEGUEU, SEGOND, Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, Paris, 1901.

- MOUCHET et RIEPI, Annales de gynécologie, 1897.
VARNIER et DELBET, Annales de gynécologie, 1891.
MICHOLITCH, Centralblatt für Gynæcologie, 1900.
LEGUEU, Annales gynécologiques, 1901.
RIBEMONT DESSAIGNES, Traité d'obstétrique.
FOCHIER, Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, juillet 1901.
KEIFFER, Gazette de gynécologie, 15 février 1901.
POITEVIN DE FONTGUYON, Intervention dans les fibromes gravidiques (th. Bordeaux, 1898).
PAUCHET, Gazette gynécologique, Amiens, 1901.
GALLET, Gazette de gynécologie, 15 avril 1898.
FRISTCH, Centralblatt für Gynecologie, 1891.
MICHOLITCH, Centralblatt für Gynecologie, 1891.
CHANDELUX, Bulletin médical, 1898.
GRÉENE CUNSTON, Americ. Journal of obstetric, janvier 1901.
BOURSIER, Congrès de Nantes, 1901.
MICHELINI, Annales de gynécologie, 1899.
MITTMAIER, Centralblatt für Gynecologie, Hambourg, 1898.
BOCKMANN, Zeitsch. für Geburt, 1896.
WEBER, Centralblatt für Gynecologie, 1902.
FRISTCH, Centralblatt für Gynecologie, Bonn, novembre, 1902.
MICHELINI, Annales de gynécologie, 1899.
RICARD, Annales de gynécologie, 1899.
EUSTACHE, Journal de médecine de Lille, novembre 1900.
ACCOUCI, Obstétrique, p. 506, 1899.
MORISANI, Gynécologie, p. 439, 1900.
HENSE, Presse médicale, janvier 1902.
MICHOLITCH, Centralblatt für Gynecologie, janvier 1901.
DELAGENIÈRE, Annales de gynécologie, p. 81, 1900.
LEPAGE, Annales de gynécologie, p. 291, 1900.
BAR PAUL, Obstétrique, 1899.
HOFFMEIER, Semaine médicale, p. 314, 1900.
VILLIS FORT, Gynécologie, p. 252, 1900.
MEREL, th. Paris, 1901.
CHABRAK, Gynécologie, p. 153, 1900.

MEHEUT, Contribution à l'étude des fibromes gravidiques de grossesse (th. Paris, 1902).

CHABAZIAN, Fibrome du col de l'utérus au point de vue grossesse et accouchement (th. Paris, 1882).

VARNIER et DELBET, Annales de gynécologie obstétricale. Hystérectomie totale pour grossesse compliquée de fibromes, p. 77, 1897.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
DIVISION DE CETTE ÉTUDE.	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Etude de l'hystérectomie abdominale totale suivant une césarienne dans le cancer de l'utérus.</i>	14
Observations d'hystérectomies totales après césarienne pour cancer de l'utérus	31
CHAPITRE III. — <i>Etude de l'hystérectomie abdominale totale suivant une césarienne dans les fibromes de l'utérus</i>	36
Observations d'hystérectomies totales après césarienne pour fibromes	55
CHAPITRE IV. — <i>Parallèle des différentes interventions possibles après césarienne dans les cancers et fibromes de l'utérus :</i>	
Cancers.	59
Fibromes de l'utérus	69
CONCLUSIONS :	
A. Cancers	79
B. Fibromes	80
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	81

